

149
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Janvier 1899, à heure

PAR

Henri LANDAU

Né à Bucharest, le 1^{er} novembre 1872

TRAITEMENT

DES

HÉMORRAGIES POST-PARTUM

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. { *RÉMY, professeur.*
CHARRIN, agrégé.
WALLICH, agrégé.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Janvier 1899, à heures

PAR

Henri LANDAU

Né à Bucharest, le 1^{er} novembre 1872

TRAITEMENT

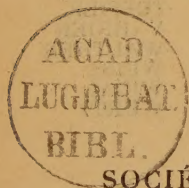
DES

HÉMORRAGIES POST-PARTUM

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : MM. { RÉMY, professeur.
CHARRIN, agrégé.
WALLICH, agrégé.*

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimental	LABOULBENE
	CHANTEMESSE
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement.	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef	VARNIER
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHASSEVENT	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1879, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Témoignage d'amour filial.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MESSIEURS { LE DOCTEUR SCHWARTZFELD.
PAUL CHATINER.
MICHEL CHATINER.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Je dédie ce modeste travail comme
témoinage d'admiration et de
profonde reconnaissance.

A TOUS MES PREMIERS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCHAREST

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORAK
ACCOUCHEUR EN CHEF DE LA MATERNITÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Ayant eu la bonne fortune de faire notre stage obstétrical dans le service de M. le Professeur Budin, nous avons pu nous rendre compte de la fécondité de son enseignement, de la bienveillance avec laquelle il fait travailler ses élèves et de la sollicitude qu'il leur témoigne. Bien souvent nous avons vu notre illustre maître à l'œuvre et toujours nous avons admiré avec quel sang-froid, avec quelle sagacité il se tirait des cas les plus difficiles.

Un jour entre autres, nous l'avons vu aux prises avec une hémorragie de la délivrance et nous avons été émerveillés de l'habileté avec laquelle il a sauvé sa malade. Ce fait nous a suggéré l'idée d'étudier les différents traitements de cette grave complication, et notre illustre maître, ayant bien voulu nous encourager dans cette voie, nous avons fait de cette recherche le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre travail sera peut-être incomplet, mais il aura certainement le mérite d'être sincère et de donner d'excellentes indications à ceux qui voudront bien suivre nos conseils qui sont en grande partie ceux que notre illustre maître a si souvent indiqués dans ses leçons cliniques.

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES POST-PARTUM

Si quelque chose devait me faire renoncer aux accouchements ce seraient les hémorragies, disait Pajot, et, en effet, cette question est celle qui, de tout temps, a le plus passionné les accoucheurs et excité leurs recherches au point de vue du meilleur traitement de cette complication.

Nous n'avons pas l'intention de traiter ce sujet dans tous les cas, une telle étendue serait beaucoup trop vaste; nous nous contenterons d'aborder la question à un point de vue plus restreint et nous ne parlerons que des hémorragies post-partum. Et encore, nous n'avons pas la prétention de tout dire sur ce sujet, nous serons plus modeste, nous dirons simplement ce que nous avons vu, ce qu'on faisait autrefois, ce qu'on fait aujourd'hui, et nous comparerons les résultats obtenus.

Avant d'aborder le sujet qui nous occupe, une tâche bien douce nous reste à remplir.

Que nos maîtres dans les hôpitaux reçoivent ici le sincère hommage de toute notre gratitude et l'assurance de notre entier dévouement.

Qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance pour la bienveillance que nous ont toujours montrée nos maîtres de la Faculté de Médecine de Bucharest, et qui, les premiers, nous ont dirigé dans nos études médicales.

Que M. le Professeur Guyon veuille bien accepter tous nos remerciements pour l'accueil qu'il nous a fait dans son service.

Nous sommes heureux aussi d'adresser nos hommages à nos maîtres en médecine, MM. les Professeurs Jaccoud, Dieulafoy et Landouzy. Nous n'avons garde d'oublier

MM. les Professeurs agrégés Maygrier et Pozzi, qui nous ont si souvent prodigué leurs excellents conseils.

Nous remercions aussi bien vivement M. le Dr Porak de l'amabilité avec laquelle il nous a ouvert son service, dans lequel nous avons recueilli un grand nombre d'observations intéressantes.

Enfin, que MM. Dubrisay, chef de clinique, et Perret, moniteur, reçoivent tous nos remerciements pour les excellentes leçons qu'ils nous ont données.

CHAPITRE I

Définition

Qu'appelle-t-on hémorragie post-partum ? Faut-il entendre sous ce nom les hémorragies qui surviennent immédiatement après la sortie du fœtus ou bien celles qui se produisent lorsque la délivrance est faite, lorsque l'accouchement est complètement terminé.

Nous déclarons de suite que nous ne ferons aucune différence entre ces différentes époques où l'hémorragie peut se produire, le traitement étant le même dans tous les cas.

Ainsi, nous appellerons hémorragies post-partum les hémorragies qui surviennent après la sortie du fœtus et pendant les quelques jours qui suivent l'accouchement. Cazeau (1) dit : La perte est, de tous les accidents qui peuvent précéder, accompagner ou suivre la délivrance, un des plus terribles et certainement un des plus fréquents.

Naegelé (2) dit : Les hémorragies utérines sont comptées avec raison parmi les accidents les plus graves qui surviennent après l'accouchement.

Voyons d'abord l'opinion des différents auteurs à ce sujet :

Baudelocque (3). — De tous les accidents qui peuvent engager à délivrer la femme avant la réunion de tous les signes indiqués, aucun n'est plus pressant que l'hémorragie utérine, parce que la matrice alors affaiblie par le sang

(1) Cazeau. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Première édition, 1897, p. 900.

(2) Naegelé. Manuel d'accouchements, 1857, p. 468.

(3) Baudelocque. — L'art des accouchements, tome I, p. 400, Paris, 1844.

qu'elle verse, manque de force pour expulser le placenta dont la présence ne fait que favoriser ou entretenir cette perte.

L'hémorragie est apparente ou cachée. Dans le premier cas, un ruisseau de sang coule du vagin. Dans le second, ce fluide s'épanche dans la matrice, dont le placenta bouche l'orifice, il en développe les parois et remplit toute la cavité.

Cette dernière espèce d'hémorragie, plus rare que la première, peut devenir plus dangereuse par rapport à la sécurité où reste l'accoucheur en attendant le moment favorable pour délivrer. Cette hémorragie cachée n'est jamais plus à craindre qu'à la suite des accouchements qui ont été précédés d'une perte abondante et surtout si on les termine promptement, parce que le placenta alors détaché, cessant presque tout à coup d'être soutenu par l'enfant, vient se présenter sur l'orifice de la matrice avant qu'elle ne soit assez resserrée sur elle-même pour résister à l'abord du sang.

Cet accident peut arriver de même après la délivrance si l'on tamponne le vagin sans autres précautions pour s'opposer à l'écoulement du sang entretenu par l'inertie de la matrice.

Velpeau (1). — Que l'hémorragie dépende de l'inertie du spasme, de la pléthore, de l'irritation de la matrice, c'est toujours un phénomène dangereux qu'il faut se hâter de combattre.

Quesnel (2) rapporte l'observation d'une femme morte avec tous les symptômes d'une perte abondante quoiqu'il ne se soit écoulé qu'une petite quantité de sang venant non de l'utérus, mais des organes génitaux externes qui offraient plusieurs déchirures.

Si la présence du placenta n'en est pas toujours la cause, elle sert du moins à l'entretenir et à l'aggraver. On doit en conséquence se hâter de l'extraire, quand même il y aurait inertie.

L'inertie de l'utérus après l'accouchement s'observe plus particulièrement chez les femmes languissantes, épuisées par

(1) Velpeau. — *Traité complet de l'art des accouchements*, t. II, p. 538.

(2) Quesnel. — *Thèse*, Paris 1833.

une hémorragie, ou par la fatigue d'un long travail. On la rencontre aussi à la suite des accouchements trop prompts.

Ainsi l'inertie de la matrice doit être rangée parmi les complications qui retardent la délivrance.

Quelques auteurs cependant ont pensé que la délivrance ne devait pas être accélérée lorsque la matrice ne revient pas sur elle-même, à moins qu'il n'y eût un décollement incomplet du placenta.

M. Lacour (1) s'est encore efforcé de démontrer que la délivrance artificielle ne pouvait qu'augmenter l'inertie et par suite la perte.

Mais l'expérience de tous les jours s'élève contre cette manière de voir, et l'opinion contraire est généralement adoptée.

Il ne paraît pas certain que le mécanisme des pertes après l'accouchement ait été bien compris.

Leroux (2) les attribue à ce que la matrice ne se rétractant pas, le sang doit couler à flots par de prétendues ouvertures qui restent béantes à la surface interne de cet organe. Je serais plutôt tenté de les rapporter, d'une part à ce que les vaisseaux hypogastriques ayant cessé brusquement d'être comprimés, le sang s'y précipite avec force; de l'autre à ce que le fluide doit s'accumuler en quelque sorte mécaniquement dans les vaisseaux utérins qui, n'étant pas soutenus, le versent dans le vide que l'œuf occupait quelques instants auparavant, ou bien à ce qu'avec ces dispositions il se trouve dans la cavité utérine une cause irritante quelconque.

Moreau (3). — Les hémorragies, qui surviennent après l'accouchement dépendent de causes diverses. Il y en a qui sont le résultat de lésions ou de déchirures du col. Quand les déchirures sont peu étendues, elles n'intéressent que des vaisseaux peu importants, et l'écoulement du sang est peu considérable; on peut jusqu'à un certain point le confondre avec les lochies.

(1) Lacour. — Th. de Paris, 1803.

(2) Leroux. — Observations sur les pertes de sang, p. 35.

(3) Moreau. — Pratique des accouchements, t. II, p. 418.

Dans d'autres cas, le sang provient de la surface interne de l'utérus et ici on peut admettre trois variétés distinctes.

Tantôt le placenta conservant encore toutes ses adhérences avec les parois de l'utérus, mais ce dernier organe étant frappé d'atonie, un écoulement de sang peu abondant se fait par le cordon ombilical; tantôt le placenta s'est détaché en partie ou en totalité et c'est à son décollement qu'est dû l'épanchement du sang dans la cavité utérine; enfin l'hémorragie a lieu après l'expulsion du fœtus et du placenta.

Elle peut alors dépendre de la complexion forte et vigoureuse de la femme, soit du *molimen hæmorrhagicum* de l'utérus, soit d'un état pléthorique général et local; en un mot, pour nous servir des expressions consacrées, elle peut être active ou passive.

Dans les hémorragies actives, le sang est ordinairement rutilant et plastique: il sort de l'utérus en abondance, s'écoule de la vulve en bavant, s'amasse à la partie la plus déclive du lit, se coagule facilement, et se moule sur les parties de la femme avec lesquelles il est en contact, de manière à en offrir le relief.

En général ces hémorragies sont peu graves et s'arrêtent d'elles-mêmes; car aussitôt que la femme a été débarrassée de la surabondance du sang, l'utérus, qui est doué de toutes ses facultés contractiles, revient sur lui-même et l'écoulement cesse.

Mais lorsque l'hémorragie est passive et qu'elle résulte de l'atonie générale ou de celle seulement de l'utérus, elle présente un caractère plus sérieux. L'atonie de l'utérus peut dépendre de la constitution débile de la femme, soit naturelle ou acquise. Elle peut aussi survenir à la suite de circonstances particulières qui sont survenues pendant l'accouchement. Ainsi, lorsque la déplétion de l'utérus s'effectue d'une manière trop prompte, on voit l'utérus tomber dans un état de stupeur, parce que ses fibres ont été pour ainsi dire prises au dépourvu.

Mais le plus souvent l'atonie résulte de la fatigue éprouvée par l'utérus par l'effet d'un travail prolongé. Quelle qu'en soit la cause, quand elle a lieu, ou le sang s'écoule

à l'extérieur, ce qui *est rare*, ou bien, ce qui a lieu le plus ordinairement, il s'épanche dans la cavité utérine.

Les parois de l'utérus étant flasques, elles se laissent distendre et le sang s'y accumule. Rien à l'extérieur ne décèle l'existence de l'hémorragie, et si l'on n'y prend garde, la femme périt bientôt.

Différents signes peuvent servir à faire reconnaître ces hémorragies.

Il y en a de précurseurs, et d'autres qui ne se manifestent qu'au moment même de l'hémorragie.

Signes précurseurs. — En général, quand une femme qui vient d'accoucher n'est pas prise d'horripilations de frissons, dix minutes, un quart d'heure après la délivrance, et qu'elle conserve de la chaleur de la peau, on peut être certain que l'utérus ne se contracte pas et qu'il surviendra une hémorragie.

Mais un signe infallible, c'est une chaleur âcre et sèche à la paume des mains et à la plante des pieds, semblable à celle qui survient dans les fièvres hectiques, ou qui accompagne le dernier degré de la phthisie. La femme parle d'abord comme si rien d'extraordinaire se passait en elle, puis tout-à-coup, elle accuse un sentiment de chaleur dans le ventre qui n'a rien de pénible.

Quelquefois elle sent un liquide chaud s'épancher dans la cavité abdominale, souvent elle devient muette, elle pâlit, elle éprouve une gêne plus ou moins incommode de la respiration, de l'agitation, de l'anxiété ; le pouls est fréquent, mais faiblit. Elle a des besoins de dormir. La région hypogastrique est molle et flasque, le globe utérin est large et mou et souvent dépasse l'ombilic.

Il est d'autres circonstances encore qui peuvent amener une hémorragie à la suite de l'accouchement.

Nous avons dit que cet accident tenait souvent à la rétention du placenta dans l'utérus.

Mais quelquefois le placenta n'est point expulsé tout entier et il en reste des lambeaux, ou bien des membranes adhérentes aux parois de l'utérus.

Dans d'autres cas nous avons vu des hémorragies produites par des causes étrangères à l'utérus.

Charpentier (1). — Ces hémorragies sont les plus graves de toutes, car à la rapidité de leur production elles joignent l'abondance, de sorte qu'en peu d'instant une femme bien portante peut devenir mourante, et c'est dans ce cas surtout que l'accoucheur a besoin d'avoir recours à tout son sang-froid et toute son expérience.

(1) Charpentier. — Traité pratique des accouchements, 1883, p. 45.

CHAPITRE II

Causes

Elles sont multiples, mais la plus fréquente de toutes est l'inertie utérine. Il faut y joindre le volume excessif du placenta, les adhérences du placenta, mais adhérences partielles seulement.

I. — L'inertie utérine, qui est la cause que nous avons le plus à redouter, dépend elle-même de bien des circonstances et il faut citer parmi elles (Jacquemier) :

1° Les accouchements lents et pénibles qui demandent de grands efforts de la part de la femme.

En effet, à la suite d'un travail trop prolongé, l'utérus, fatigué, ne se contracte plus, revient difficilement sur lui-même et les vaisseaux béants saignent.

2° Les accouchements trop rapides.

Dans ce cas, l'utérus, surpris pour ainsi dire par l'évacuation brusque de son contenu, ne se contracte pas immédiatement et l'hémorragie se produit.

3° La distension excessive de la matrice par deux jumeaux, un enfant volumineux ou un excès de liquide amniotique. Il faut ajouter à ces trois causes une délivrance faite trop peu de temps après la sortie du fœtus.

La délivrance par expression, telle que Crédé la préconisait autrefois, immédiatement après la naissance de l'enfant, donnait lieu souvent à ces sortes d'hémorragies ; et c'est à cause de cet inconvénient qu'on a abandonné cette méthode

pour y substituer la délivrance par méthode mixte, telle qu'on la fait aujourd'hui.

II. — Le volume excessif du placenta peut aussi amener une hémorragie, mais il faut entendre ici non pas toujours le volume réel du placenta, mais ce volume augmenté de celui des caillots qui peuvent se trouver derrière.

III. — Si le placenta est adhérent sur toute sa surface, il n'y a que peu ou pas d'hémorragie; celle-ci se produit surtout dans le cas où une partie plus ou moins grande du placenta est décollée; le reste ne se séparant pas de la surface interne de l'utérus.

Il arrive alors que la matrice ne peut expulser le corps étranger qu'elle renferme à cause de son adhérence, et la partie décollée laisse couler le sang.

N'oublions pas enfin de citer comme cause d'hémorragie l'albuminurie, mais remarquons que, dans ce cas, l'hémorragie peut survenir aussi bien pendant la grossesse que pendant l'accouchement; et aussi après ce dernier.

Nous pouvons également citer l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta : et le mécanisme de cette variété d'hémorragie est dû à la structure du segment inférieur de l'utérus. A ce niveau, la couche moyenne des fibres musculaires n'existe pour ainsi dire pas, et, par suite du décollement partiel du placenta, les vaisseaux restent béants.

CHAPITRE III

Symptômes

D'une façon générale, on peut dire qu'il est impossible de prévoir si une femme qui vient de s'accoucher aura une hémorragie; cependant dans certains cas l'attention est éveillée par les antécédents. Une femme qui a eu à ses accouchements antérieurs des hémorragies, risque fort d'en avoir encore, et nous avons pour notre part plusieurs observations de malades dont tous leurs accouchements antérieurs ont nécessité la délivrance artificielle.

L'albuminurie et les différentes causes énumérées plus haut font prévoir la probabilité d'une hémorragie post-partum. Mais le plus souvent l'hémorragie se produit spontanément.

Le sang coule avec violence, d'où les dénominations d'hémorragie foudroyante, de déluge de sang.

L'hémorragie peut être externe, interne ou mixte.

Si l'hémorragie est interne, le volume de l'utérus augmente peu à peu, le niveau du fond de l'organe atteint ou dépasse l'ombilic, sa consistance se modifie; au lieu d'être globuleux et dur, il est mou; la main appuyée sur l'abdomen le sent à peine, on ne trouve pas le globe de sûreté du professeur Pinard.

En même temps on observe tous les symptômes généraux de l'hémorragie interne : la malade a la face pâle, la sueur perle sur son front, elle a des défaillances, des pauculations, elle est anxieuse, le pouls est rapide, filiforme, et si l'accou-

cheur n'intervient pas rapidement, la mort peut survenir en quelques instants.

Si l'hémorragie est externe, le sang coule en nappe d'une façon continue et ici le diagnostic peut passer inaperçu ; la femme sent qu'elle perd, l'accoucheur soulève les couvertures, regarde et ne voit quelquefois qu'une tache rouge très peu étendue, il ne s'inquiète pas et ce n'est que lorsque les symptômes généraux apparaissent qu'un examen plus attentif fait découvrir sous le lit une mare de sang.

En effet, si le lit n'est pas garni d'une toile imperméable, le sang traverse les draps, les matelas avec la plus grande facilité et s'échappe sous le lit.

Si, au contraire, on a eu soin de garnir le lit de papier ou mieux d'une alèze de caoutchouc, le sang stagne et forme entre les jambes de la femme un énorme caillot qui ne laisse aucun doute sur la production de l'accident.

Mais, nous le répétons, l'hémorragie est le plus souvent mixte, le sang s'accumule dans la cavité utérine, mais les caillots qui obstruent l'orifice cervical n'en laissent s'échapper qu'une partie.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le diagnostic est fait d'après les symptômes et l'examen direct.

Le palper montre l'utérus mou, il est confondu dans la cavité abdominale avec la masse intestinale ; il est difficile de la limiter.

Le toucher fait sortir des caillots remplissant le vagin et le col.

Si on appuie alors sur le fond de l'utérus en exprimant le contenu, un énorme caillot de sang est violemment expulsé et si la délivrance était faite, l'utérus revient de suite à son volume normal ; dans le cas contraire il conserve un volume un peu plus grand, mais sa consistance est plus ferme et l'hémorragie s'arrête, mais souvent pour recommencer peu après.

CHAPITRE V

Pronostic

Le pronostic dépend de l'abondance de l'hémorragie et de la rapidité de l'intervention.

Il varie en outre avec l'état général de la malade et aussi avec son tempérament. Une femme se trouve très anémiée par une perte relativement minime de sang, tandis qu'une autre supporte facilement des pertes de 1.000 gr. et plus.

Dans les cas graves, la mort peut survenir en quelques minutes et c'est alors que le diagnostic dépend de la prompte décision de l'accoucheur et surtout de son habileté.

CHAPITRE VI

Traitement

Avant d'aborder l'étude de ce sujet qui est le but principal de notre thèse, nous allons, en passant en revue les observations suivantes, voir quel a été le traitement dans chacun des cas.

Nous allons voir ce qu'on faisait autrefois, ce qu'on fait aujourd'hui ; nous comparerons les résultats obtenus et nous concluerons en donnant la méthode que nous croyons être la meilleure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Recueillie dans le service de M. le Prof. Budin, à la Maternité (27 janvier 1898).

Albuminurie. — Hydramnios. — 1600 gr. de liquide recueilli. — Application de forceps (pour lenteur du travail). — Enfant vivant, 4030 gr. — Délivrance naturelle et incomplète. — Hémorragie par inertie utérine. — Traitement. — Injection intra-utérine. — Tamponnement. — Injection d'ergotine.

La nommée P. M. — Secondipare. — A. H. Nuls. — A. P. A marché à 18 mois; élevée au sein. — P. R. A 18 ans.

Une grossesse, à 29 ans, terminée en 7 heures 1/2. Enfant mort 3 jours après sa naissance. — G A. D R. du 20-25 avril; terme 9 mois,

Le 24 janvier 1898, apparition des premières douleurs. Transportée à la Maternité ce même jour, à 7 h. 1/2 du soir.

Examen général. — Squelette normal. OEdème de la paroi abdominale. Albumine dans les urines.

Examen obstétrical. — Palper : Présentation du sommet en O.I.D.P. Utérus très tendu. Hydramnios. Auscultation : Enfant vivant. Toucher : Dilatation de 3 centimètres. Membranes intactes.

Le 25 janvier, à deux heures du soir, la dilatation est de 6 centimètres. Les bruits du cœur sont sourds et accélérés. Rupture artificielle des membranes. On recueille 1600 gr. de liquide. La tête tend à s'engager, le col revient sur lui-même.

A sept heures du soir, bain d'une heure.

A huit heures du soir, dilatation de 3 à 5 centimètres. Bruits du cœur normaux. Les bords de l'orifice sont épais et durs.

Le 26 janvier, à cinq heures du soir, ils sont plus souples. La dilatation est sensiblement la même, mais pour assurer l'asepsie, on fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

Et ce n'est que dans la soirée, à 7 heures, que l'on retire la gaze pour savoir le progrès du travail.

Toucher, dilatation de 7 centimètres.

A 7 h. 1/2, dilatation presque complète, les contractions sont peu énergiques, mais très douloureuses. Bruits du cœur normaux.

11 h. 1/4. Dilatation complète. Tête élevée intermédiaire entre la flexion et la déflexion en position O.I.D.P.

Application de forceps par l'interne M. Georgex. Extraction d'un enfant vivant du poids de 4.030 grammes.

Il s'écoule des organes génitaux externes du sang très foncé provenant d'une veine au voisinage du clitoris.

Ligature au catgut à 11 h. 30.

Délivrance naturelle et incomplète.

Derrière le placenta il s'écoule une notable quantité de sang. L'utérus est inerte. Débarrassé des caillots qu'il contient, on fait une injection utérine. Tamponnement. Injection 1 cent. d'ergotine.

Suites de couches normales.

OBSERVATION II

Hémorragie de la délivrance. — Présentation du siège en S.I.D.P. — Enfant vivant, terme 9 mois, 3.500 gr. — Délivrance artificielle. — Incomplète. — Traitement. — Injection intra-utérine. — Tamponnement. — Ecouvillonnage par M. Boissara. — Injection de sérum artificiel, 300 gr. (suites de couches pathologiques).

La nommée W¹, multipare, 36 ans. A. H. Mère morte d'une affection cardiaque. Père mort de pneumonie. A. P. A marché à 11 mois, fièvre typhoïde à 7 ans. P. R. à 13 ans, régulières.

I Grossesse à 20 ans, à terme, accouchement spontané, enfant vivant ayant présenté le sommet. Suites de couches normales.

II. Grossesse à 33 ans, à terme, enfant vivant. Délivrance artificielle. Suites de couches pathologiques. Depuis cette époque la parturiente n'a plus eu ses règles qu'une ou deux fois dans l'année.

Grossesse actuelle. D. R. du 7 avril ; terme, 9 mois.

Admise à la Maternité le 21 janvier, au dortoir des femmes enceintes. On porte le diagnostic de : Présentation du siège décomplété M. des fesses.

Apparition des premières douleurs le 30 janvier, à 4 heures du soir.

Examen obstétrical. — Palper : Le fœtus est toujours dans la même position. Auscultation. Enfant vivant.

Toucher : Dilatation de deux centimètres. Membranes intactes : l'exploration interne confirme le diagnostic que nous avons signalé.

A 6 h. 10, dilatation de 5 centimètres. B d C bons.

A 7 heures du soir. Rupture spontanée des membranes : A ce moment on constate que le sillon interfessier, l'anus, se

trouvent parallèles au diamètre antéro-postérieur du bassin. La crête sacrée est au centre du bassin. Il existe une perversion du mouvement de rotation. Il existe alors une présentation du siège décomplété M. des fesses en position S S.

8 h. 20 du soir. Madame la sage-femme en chef introduit la main dans les organes génitaux, saisit le siège à pleine main et fait exécuter à la partie fœtale son mouvement de rotation et, après cette manœuvre, le diamètre bi-trochantérien du fœtus se trouve dans le diamètre antéro-postérieur; le côté droit du fœtus, c'est-à-dire la hanche droite, est en rapport avec la symphyse pubienne et le membre inférieur est abaissé.

A 10 heures du soir la dilatation est presque complète; on achève l'extraction de l'enfant sans difficulté. Il est vivant et pèse 3.580 grammes.

11 h. 50. La femme perd un peu de sang. Le placenta est en partie décollé; Madame la sage-femme en chef introduit la main dans la cavité utérine, achève le décollement, celui-ci étant rendu très pénible par suite des adhérences qui existaient.

Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus empiétant dans la conne droite. L'arrière-faix est incomplet et pèse 500 gr. Injection intra-utérine de 8 litres de sublimé. Tamponnement avec 4 paquets de gaze iodoformée pendant que l'on fait une injection d'ergotine.

La quantité de sang perdu est évaluée à 700 gr.

31 janvier. — M. le D^r Boissard retire le tamponnement. Ecouvillonnage et injections intra-utérines.

La malade est pâle. — Alcool. — Température 36° 2, pouls 136.

Injection de 300 gr. de sérum artificiel. Suites de couches pathologiques. Température oscillant entre 38° et 39°. Partie le 10 février avec 38°. Poids de l'enfant 3610 gr.

OBSERVATION III

Hémorragie de la délivrance. — Accouchement spontané. — Bassin rétréci. — D P S P. — 10-4. — Délivrance artificielle incomplète. — Suites de couches normales. — Traitement : Injection utérine.

La nommée C..., primipare, 20 ans. A. H. : Père, bien portant; mère, morte suite de couches. A P : Ne sait pas à quel âge elle a marché.

Elle dit avoir eu une hernie à 4 ans dans le pli de l'aîne droit, ce qui lui nécessita un bandage; celle-ci disparut vers l'âge de 12 à 13 ans.

Premières règles à 17 ans.

Grossesse actuelle. D R. du 17 avril 1897.

Admise à la Maternité le 23 janvier, à une heure du soir.

Examen. — Rien au point de vue du rachitisme.

Examen obstétrical. — Palper : Tête mobile au détroit supérieur en position O I G T. Auscultation : Enfant vivant. Toucher : Dilatation de 3 centimètres. La poche des eaux est volumineuse et remplit l'excavation. Le promontoire est facilement accessible.

A 7 heures du soir. Dilatation de 6 centim. Tête fixée au détroit supérieur avec inclinaison sur son pariétal postérieur.

24 janvier, une heure du matin, dilatation complète. Rupture artificielle des membranes, le liquide est fortement teinté de méconium. Bruits du cœur normaux.

2 h. 45 matin. L'accouchement spontané. Enfant vivant, mais en état de mort apparente. Soins consécutifs. L'enfant crie. Il pèse 2750 gr.

3 h. du matin. Le placenta est toujours adhérent.

3 h. 40. Cette femme perd. Le bord inférieur du placenta est décollé, c'est ce qui donne lieu à l'hémorragie.

Délivrance artificielle. La masse placentaire est facilement décollée, mais l'opérateur rencontre de grandes difficultés pour l'extraction des membranes, elles sont excessivement adhérentes. Il lui est impossible de les ramener.

Le placenta pèse 475 grammes.

Injection utérine.

Le sang perdu est évalué à 900 grammes.

Suites de couches normales.

Partie en bon état le 4 février.

Poids de l'enfant, 2.810 grammes.

OBSERVATION IV

Hémorragie de la délivrance. — Sang pesé 100 gr. — *Accouchement gémellaire.* — 1^{er} jumeau. Application de forceps. — 2^e jumeau. Version podalique par manœuvres externes. — *Procidence du cordon.* — *Traitement.* — *Injection utérine.* — *Tamponnement intra-utérin.*

La nommée D^{lle} ²⁴, primipare, 20 ans: A. H. nuls, n'ayant aucune gémellité. A. P. a marché à un an. Premières règles à 15 ans, régulières.

Grossesse actuelle. D. R. du 14 juillet; terme 9 mois.

Elle est admise à la Maternité, salle d'accouchements, le 15 avril, à 11 heures du matin.

Examen obstétrical. — Palper : Premier fœtus se présente en O I G A. Tête profondément engagée. Le second se présente en O I D. Auscultation, enfants vivants. Toucher : Dilatation de 1 centimètre. Membranes intactes.

2 heures du soir. Dilatation de 3 centimètres; les mem-

branes sont rompues accidentellement ; le liquide amniotique est normal.

5 h. 15 du soir. Dilatation presque complète ; contractions fréquentes et très énergiques.

7 h. 35 soir. La tête ne progresse pas ; il existe de l'inertie utérine. Les bruits du cœur sont ralentis.

M. le Dr Porack est prévenu et fait immédiatement une application de forceps pour le premier jumeau. L'enfant naît étonné, mais quelques frictions suffisent pour le ranimer.

C'est un garçon du poids de 2.400 grammes. Comme l'utérus est inerte, on fait la version podalique externe pour le deuxième jumeau.

On examine la parturiente, on constate qu'il existe une seconde poche des eaux ; rupture artificielle ; il existe une procidence du cordon ; on termine l'extraction de l'enfant ; rien de particulier à signaler. C'est un garçon vivant, du poids de 2.700 grammes.

15 avril, 8 h. 20 du soir. — La malade a de la tendance à perdre ; la délivrance est faite à l'aide de la méthode mixte ; elle est complète.

Il y a une seule masse placentaire qui présente de la dégénérescence calcaire et des noyaux fibreux.

Il y a deux poches très distinctes ; poids, 1.100 grammes.

A l'examen des urines, aussitôt après l'accouchement, on constate qu'il existe un nuage d'albumine ; la malade n'accuse aucun trouble, mais elle perd toujours et l'hémorragie est évaluée à 1.000 grammes.

L'utérus est vidé de ses caillots et on fait immédiatement une injection intra-utérine à 48°. L'écoulement sanguin est moins abondant, mais persiste ; on fait alors un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Deux injections hypodermiques de caféine et deux d'ergotine.

La malade est un peu pâle ; son pouls est accéléré ; elle est mise dans une position un peu déclive, les jambes sont relevées et on lui donne de l'alcool ; on fait du massage de l'utérus pendant plusieurs heures.

Rien à signaler pendant les suites de couches.

OBSERVATION V

Hémorragie de la délivrance. — Sang recueilli, 500 gr. — Aportement fœtal en deux temps, terme 4 mois. — Délivrance artificielle.

La nommée LEBLANC, III pare, 21 ans. A. H. et A. P. nuls.

Les deux grossesses antérieures se sont terminées, l'une à 5 mois, la seconde à trois ; même père.

Grossesse actuelle. — D. R. du 8 mai 1898, ce qui la fait enceinte de 4 mois.

23 juillet, 4 heures du soir. Examen. — Palper : Utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Auscultation : B. d. C. nuls. Toucher : Poche des eaux qui arrive à l'orifice vulvaire, et à 4 heures 15 rupture spontanée des membranes à une dilatation de 2 centimètres.

A 7 heures du soir. La partie fœtale appuie sur le plancher pelvien ; la parturiente fait des efforts expulsifs et, à 7 h. 40 du soir, expulsion du fœtus ; poids 240 grammes. On surveille la malade attentivement parce qu'elle perd un peu de sang. On recueille des caillots avant la délivrance, 500 grammes pesés.

Le 24 juillet à 1 heure du matin, on se décide à faire la délivrance artificielle. Aussitôt l'extraction de la masse placentaire, la malade ne perd plus.

Suites de couches pathologiques, partie du service avec 38° de température.

OBSERVATION VI

Hémorragie de la délivrance. — Traitement : Injection utérine. — Piqûres d'ergotine, de caféine. — Elévation des jambes, tête basse. — Massage de l'utérus. — Accouchement spontané.

La nommée E., multipare, 29 ans. — A. H. nuls. — A. P. Ignore à quel âge elle a marché. — Premières règles à 15 ans, régulières.

Deux grossesses antérieures terminées à terme ; enfants vivants ; le premier est mort à un mois. Cause ?

Grossesse actuelle. D. R. du 12-15 novembre 1897.

Pendant un peu de sang, elle vient à la Maternité où elle fut admise le 4 août, à 8 heures du soir.

Examen obstétrical. Palper. Présentation du sommet O.I.D.P. mobile, au détroit supérieur. Auscultation. Enfant vivant. Toucher. Dilatation de cinq centimètres ; membranes intactes.

5 août, 3 h. 30 du matin. Dilatation complète.

Rupture spontanée des membranes. L'accouchement se termine spontanément par la naissance d'un enfant vivant, du poids de 2.970 grammes.

4 h. 15 du matin. — Délivrance naturelle et complète. L'utérus se rétracte mal, il s'écoule un peu de sang ; il est très difficile de le limiter.

On fait une injection utérine à 48° et une piqûre d'ergotine.

L'accouchée continue à perdre ; elle présente un aspect syncopal ; le poulx est petit, filiforme. On fait à nouveau une injection de caféine ; les jambes sont élevées, la tête est dans une position déclive, l'utérus est massé pendant quatre heures. Suites de couches normales.

OBSERVATION VII

Hémorragie de la délivrance. — Présentation du siège en S.I.G.A. — Extraction d'un enfant vivant du poids de 3200 grammes — Délivrance artificielle par adhérences anormales du placenta. — Injection utérine. — Tamponnement vaginal.

La nommée Q. , VI pare, âgée de 33 ans. A. H. et A. P. nuls.

Cinq grossesses antérieures dont 4 terminées à terme, le dernier accouchement prématuré de 8 mois, trois sont morts. Deux sont vivants bien portants.

Grossesse actuelle. D. R. du 5 octobre. Le 18 mai 1898 la parturiente est admise à la Maternité, et ayant constaté une présentation transversale, M. Potoki fait la version céphalique par manœuvres externes : la partie fœtale fut maintenue au détroit supérieur à l'aide d'un bandage en T.

La parturiente est admise au dortoir des femmes enceintes. Mais quelques jours après, on constate que le fœtus a de nouveau évolué et se présente par le siège.

24 Mai 1898, 2 heures du soir. — Premières douleurs.

Examen obstétrical. — Palper : Présentation du siège en S.I.G.A. Auscultation. Enfant vivant.

Toucher : Dilatation complète. Rupture spontanée des membranes. Bruits du cœur bons. On fait l'abaissement du pied antérieur. Les contractions sont peu fréquentes et peu énergiques ; on achève l'extraction de l'enfant par des tractions combinées aux contractions. Dégagement de la tête par la manœuvre de Mauriceau ; extraction d'un enfant étonné, mais facilement ranimé. C'est une fille vivante du poids de 3200 gr. Vingt minutes après, l'accouchée perd du sang. Le placenta est en partie décollé. On fait la délivrance artificielle. Injections utérines, tamponnement vaginal. Suites de couches normales.

OBSERVATION VII

Légère hémorragie de la délivrance. — Adhérences anormales du placenta ayant nécessité la délivrance artificielle. — Utérus bicorné. — Bassin rétréci. P S P. 10 centimètres. — Refus de se laisser faire la symphyséotomie. — Présentation du siège. — Extraction d'un enfant vivant du poids de 3500 grammes.

La nommée R. , III pare, 35 ans. — A. H. nuls. A. P. Ne sait pas l'âge auquel elle a marché. P. R. à 17 ans, régulières. N'a jamais été malade.

I. Grossesse à terme. Enfant mort pendant le travail.

II. Grossesse à terme. Présentation du siège. Enfant mort pendant le travail.

III. Grossesse actuelle. D. R. du 17-20 septembre.

La parturiente est admise à la Maternité quelques jours avant son accouchement. Ses premières douleurs apparaissent le 26 juin, à neuf heures du matin. Vue. Utérus de forme irrégulière; à l'examen général on remarque également que cette femme est rachitique. Sa taille est de 1^m39. Au palper : le fœtus est placé un peu obliquement, le siège est dans la fosse iliaque gauche, la tête est cachée dans l'hypocondre droit. Le liquide amniotique est peu abondant. Auscultation : Enfant vivant. Toucher : Le bassin est généralement rétréci, le promontoire est relativement bas par rapport à la situation des lignes innommées et le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cent. Le col est long et permet l'introduction de plusieurs doigts. La partie fœtale qui est le siège est très difficile à atteindre.

Le chef de service, M. le Dr Porak, discute l'opportunité d'une symphyséotomie à la dilatation complète. Le mari refuse toute opération.

6 h. 1/2 du soir, la dilatation est complète. Les bruits du cœur sont modifiés. 7 heures du matin, on tente d'extraire l'enfant par tractions d'une part et expression d'autre part. La sortie du tronc se fait assez facilement, mais l'extraction de la tête devient pénible; on fait exécuter à cette dernière un mouvement de rotation. Le diamètre bi-temporal est mis en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin. Tractions et méthode de Champetier combinées; on fait exécuter à la tête son mouvement de bascule. La rotation interne est relativement facile, l'obstacle qui résistait à la sortie de la tête étant franchi, l'extraction de l'enfant se termine assez facilement. Il naît un peu étonné, mais, après quelques frictions, il crie... et respire très bien.

Un quart d'heure après on remarque qu'il persiste un écoulement sanguin. L'utérus est contracturé et il n'existe pas de contractions. On fait immédiatement la délivrance artificielle. Le placenta est adhérent en un point; aussitôt l'extraction, la femme ne perd plus (suites de couches normales).

OBSERVATION IX

Hémorragie de la délivrance. — 1150 gr. de caillots recueillis. — Accouchement gémellaire. — Albuminurie. — Enfants vivants. — Délivrance naturelle et complète. — Syncopes. — Injection utérine — Piqûres d'éther, d'ergotine, de caféine. — Sérum artificiel (300 gr.).

La nommée R..., II pare, 18 ans. A. H. Mère morte, à 57 ans, de péritonite aiguë. Une grossesse gémellaire du côté du père des jumeaux. A. P. Elevée au sein; ignore l'âge auquel elle a marché. A eu ses premières règles à 15 ans.

I. Grossesse. Avortement de six semaines. Causes?

II. Grossesse actuelle. D. R. du 15 août. Terme, 9 mois. Complications. Vomissements. Céphalée. Epistaxis.

A 7 h. 1/2, la parturiente est prise d'une légère hémorragie; vient à la Maternité, où l'on porte le diagnostic de grossesse gémellaire. L'urine contient de l'albumine. Régime lacté absolu.

L'écoulement sanguin s'arrêta après le repos au lit et ne reparut plus.

Ayant ressenti ses premières douleurs le 2 juin, à 2 heures du soir, la parturiente est admise à la salle d'accouchements.

Examen obstétrical. — Sommet mobile au détroit supérieur, présentation du sommet pour le premier jumeau. Le second se présente par le siège, la tête est accessible au fond de l'utérus et ballotée sous le foie. Auscultation : Deux maxima distincts. Enfants vivants. Toucher : col effacé ; dilatable comme 2 cent. ; membranes intactes. A 11 heures du soir, rupture complète des membranes, la dilatation est sensiblement la même.

Le 3 juin 1898, 4 heures du matin. Dilatation complète. Expulsion spontanée du premier jumeau à 4 h. 15 matin ; enfant vivant, du poids de 2.150 grammes.

Le second se présente par le siège complet. L'accouchement marche régulièrement. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau. C'est un second garçon vivant, du poids de 2.330 gr. Il est 4 h. 20 du matin. L'accouchée expulse une assez notable quantité de caillots et le placenta semble adhérent en un point.

4 h. 45 du matin. Délivrance naturelle et complète, poids 1,000 gr. L'arrière-faix est suivi de nombreux caillots recueillis, 1.150 gr. L'utérus étant vidé de son contenu, on fait une injection utérine à 48°. Piqûre d'ergotine. L'accouchée est pâle, a de la tendance à la syncope, la tête est mise dans la position déclive ; elle a des nausées et accuse un besoin invincible de dormir. On continue de remonter la malade à l'aide de piqûres d'éther et de caféine. Le pouls est fréquent et irrégulier. Injection sous-cutanée de 300 gr. de sérum artificiel. On lui donne du rhum et du champagne. Suites de couches normales. Partie en bon état.

OBSERVATION X

Hémorragie de la délivrance. — *Accouchement spontané.* — *Délivrance naturelle et complète.* — *Sang recueilli, 500 grammes.* — *Massage utérin.* — *Injection utérine.*

La nommée H., 28 ans, — II pare. — A. H. nuls. — A. P. a marché à 14 mois ; fièvre typhoïde à 14 ans.

P. R. à 17 ans. Première grossesse à 19 ans ; enfant vivant et bien portant.

Grossesse actuelle : D. R. du 31 juillet au 6 août. Grossesse à terme. La parturiente est admise à la Maternité le 5 mai 1898, à 11 h. 45 du soir. 11 h. 50 soir, rupture spontanée des membranes.

Examen obstétrical. — Palper : sommet profondément engagé. Auscultation : enfant vivant. Toucher : dilatation complète.

6 mai 1898, à 2 h. 15 matin, accouchement spontané ; enfant vivant du sexe féminin du poids de 3.450 grammes.

2 h. 30 matin. Délivrance naturelle et complète. On recueille 700 grammes de caillots derrière le placenta.

Injection utérine. Massage utérin. S. D. C. normales.

OBSERVATION XI

Hémorragie de la délivrance. — Accouchement spontané. — Délivrance naturelle complète. — 600 gr. de caillots recueillis. — Perte de sang évaluée à 1000 gr. — Albuminurie légère. — Injections utérines.

La nommée A., 42 ans, XI pare. A. H. nuls. A. P. A. marché à neuf mois. P. R. à onze ans et demi, régulières. Dix grossesses antérieures terminées à terme par la naissance d'enfants vivants. Neuf sont vivants et bien portants. Un est mort du croup à trois ans.

XI^e grossesse. Avortement fœtal de 5 mois 1/2. Cause ?

Grossesse actuelle. D. R. fin avril 1898. Terme, 9 mois.

La parturiente est admise à la Maternité le 1^{er} février 1898, à 6 h. 40 du matin.

Examen obstétrical. — Ventre pendulum : sommet en O.I.G.A. Auscultation : Enfant vivant. Toucher : Dilatation complète. 6 h. 45 matin. Rupture spontanée des membranes. Quelques minutes après, expulsion spontanée d'un enfant vivant. 7 h. 10 soir. La malade perd un peu de sang ; une partie du placenta est dans le vagin. On extrait la masse placentaire par la méthode mixte ; mais les membranes sont très adhérentes. On achève le décollement. Immédiatement après il s'écoule du sang en assez grande abondance ; on vide l'utérus de ses caillots et on fait une injection utérine à 48°. L'utérus devient globuleux et l'hémorragie cesse. D'après le dire de la parturiente, après chaque accouchement antérieur, elle perdait toujours beaucoup de sang. La perte de sang a été évaluée à 1.000 gr. Suites de couches normales.

OBSERVATION XII

Hémorragie de la délivrance. — Application de forceps. — Prodrômes d'éclampsie. — Tamponnement utérin. — Périnéoraphie.

La nommée T..., 24 ans, domestique. A. H. nuls. A. P. A marché à 10 mois. Réglée à 15 ans. D. R. du 15 avril. Vomissements pendant les quatre premiers mois.

Le 20 décembre 1897, perdant du sang et ressentant quelques douleurs, elle vient à la Maternité à 5 heures du soir.

Examen obstétrical. — Sommet en O. I. G. A. Col long. Vaginite granuleuse. Albumine dans les urines. — Régime lacté.

Le 3 février, apparition des premières douleurs et rupture spontanée des membranes à 3 heures du soir.

Elle est admise à la salle d'accouchements, le 4 février, à 6 h. 15 du matin. Palper : sommet en O. I. D. P. Auscultation : enfant vivant. Toucher : dilatation de 2 cent. Membranes rompues depuis le 3 février, à 9 heures du soir ; les contractions sont assez énergiques. Albuminurie intense.

A 9 heures du matin, dilatation de 3 centimètres, vomissements porracés ; les contractions utérines sont fréquentes et énergiques.

1 h. du soir. Dilatation de 5 centimètres. Le facies de la malade est bouffi ; les paupières lourdes ; malaise général ; troubles de la vue ; douleur épigastrique ; augmentation d'albumine. Auscultation : bruits du cœur bons.

2 h. 50 soir. Dilatation complète. On termine immédiatement l'accouchement à l'aide d'une application de forceps. Extraction d'un enfant vivant du poids de 4.100 grammes. L'accouchée perd peu : délivrance par la méthode mixte. Le placenta est complet et pèse 600 grammes. On recueille 400 grammes de caillots derrière les membranes.

L'accouchée continue à perdre. Injection intra-utérine. Tamponnement utéro-vaginal, injection d'ergotine. La quantité de sang perdue est évaluée à 800 gr. Il existe une déchirure du périnée et de la paroi postérieure du vagin. Points de suture. Pansement à la gaze iodoformée. Suites de couches normales. Partie en bon état le 14 février 1898.

OBSERVATION XIII

Hémorragie post-partum. — Application de forceps pour lenteur du travail. — Délivrance naturelle complète. — Déchirure du périnée. — Périnéoraphie. — Ether, caféine. — Sérum, 500 gr.

La nommée C..., 21 ans, couturière, entre à la Maternité le 16 juin, à 4 h. du soir. La parturiente était en travail chez elle depuis trois jours ; le travail était suivi par un

docteur et une sage-femme. A. H. Nuls. A. P. Ne sait pas à quel âge elle a marché. Ses premières règles à 12 ans, régulières, durant de cinq à six jours.

I. Grossesse. D. R. du 28 au 31 août. Terme, 9 mois.

14 juin. Rupture prématurée des membranes à 10 heures du matin.

Les contractions sont douloureuses mais peu énergiques, le travail marche lentement. Prévoyant de la dystocie pour cet accouchement, la malade est envoyée à la Maternité.

Examen obstétrical. — Palper : présentation du sommet en O.I.G.A. Auscultation : enfant vivant. Toucher : dilatation de 4 centimètres, sommet accessible. A l'examen du bassin on constate que le promontoire est facilement accessible et qu'il existe notamment un faux promontoire sacré.

Il existe un chevauchement considérable des os du crâne.

Le travail marche lentement ; le col a de la tendance à s'épaissir et à se durcir. La température est de 38°5, le pouls est de 116 pulsations par minute.

Lavement laudanisé qui s'oppose à la contracture du col.

17 juin 1898. Contractions plus régulières et plus énergiques, le travail marche pendant quelques heures et atteint une dilatation comme une paume de main, puis reste stationnaire. Température 39°, pouls 140. La malade est fatiguée ; soutenue à l'aide d'alcool.

6 h. du soir. Dilatation complète.

7 h. du soir. Application de forceps, la parturiente étant sous le chloroforme. Extraction d'un enfant vivant. Quelques minutes après, le placenta sort spontanément. Grand lavage utérin au sublimé. Le périnée est déchiré ; il était très oedématisé. Périméoraphie.

Lorsque la malade se réveille, on remarque qu'elle est pâle : ses muqueuses sont décolorées. Elle perd un peu de sang, mais jointe à la fatigue (durée du travail 72 heures), cette perte fait qu'elle se trouve dans un mauvais état général.

Le pouls est filiforme, incomptable. Injection d'éther, de caféine. Injection sous-cutanée de sérum artificiel, 500 gr. Deux heures après, même quantité. Rhum pur, oxygène. La malade est remontée, et, le 18 au matin, elle n'était plus reconnaissable.

OBSERVATION XIV

Hémorragie de la délivrance. — 900 gr. de caillots recueillis. — *Accouchement spontané.* — *Délivrance naturelle et complète.* — *Injection intra-utérine et sous-cutanée d'ergotine.* — *Albuminurie.*

La nommée C..., primipare, âgée de 30 ans, domestique. A. H. Parents bien portants. A. P. Ignore à quel âge elle a marché ; n'a jamais été malade ; ses premières règles à 15 ans 1/2 et régulières.

I. Grossesse actuelle. D. R. du 15 au 20 avril. Terme 9 mois. Admise à la salle d'accouchements, à la Maternité, le 16 février, à 5 heures. On constate que ses urines contiennent de l'albumine.

Examen obstétrical. — Palper : Présentation du sommet en O.I.G.A. Auscultation : Enfant vivant. Toucher : Dilatation de 6 centimètres. 17 février, à 2 heures du matin : Dilatation complète, rupture spontanée des membranes. La période d'expulsion est relativement courte et à 2 h. 15 du matin, l'accouchement se termine spontanément par la naissance d'une fille vivante du poids de 3.550 gr. 2 h. 30 : Le placenta est dans le vagin, il est amené au dehors à l'aide de la méthode mixte; derrière lui il s'échappe une grande quantité de caillots recueillis et pesant 900 gr. La malade continue à perdre. Injection utérine et on ajoute à cause de l'inertie une injection sous-cutanée d'ergotine. Suites de couches normales.

OBSERVATION XV

Hémorragie de la délivrance. — Accouchement spontané. — Délivrance naturelle et complète. — Injection utérine et ergotine.

La nommée A. S., secondipare, 23 ans.

I. Grossesse. Accouchée à 8 mois 1/2, enfant vivant bien portant.

II. Grossesse actuelle. D. R. du 10 novembre. La parturiente est admise à la Maternité le 24 août 1898, à 5 h. 30 du matin.

Examen obstétrical. — Palper : présentation du sommet en O.I.G.A.; tête profondément engagée. Auscultation : enfant vivant. Toucher : dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. En quelques contractions l'accouchement se termine. Enfant vivant du sexe masculin du poids de 2.970 grammes. La délivrance se fait spontanément quelques minutes après l'accouchement.

8 heures du matin. La femme perd du sang en notable quantité. Injection utérine, mais comme l'utérus est mou, on fait une injection hypodermique d'ergotine. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVI

Hémorragie de la délivrance. — Accouchement spontané. — Délivrance naturelle et complète. — Deux injections hypodermiques de caféine.

La nommée D..., multipare, 29 ans, domestique. A. H. Père ayant une affection cardiaque: mère également malade. A. P. A marché à 10 mois, n'a jamais été malade.

I. Grossesse à terme. Enfant vivant.

II. Grossesse gémellaire. Terme, 8 mois. Présentation de la face pour le premier, présentation du sommet pour le deuxième.

III. Grossesse à terme. Enfant vivant. La parturiente nous apprend qu'aussitôt après ses accouchements antérieurs, elle fut prise d'hémorragie nécessitant une intervention.

Grossesse actuelle. D. R. au 1^{er} octobre, terme 9 mois. 7 août, à 4 heures du matin. La parturiente est admise ce même jour à la Maternité.

Examen obstétrical. — Palper : Présentation du sommet en position O.I. G. P., la tête est très mobile au détroit supérieur. Auscultation : Enfant vivant. Toucher : Dilatation de trois centimètres. La dilatation est complète à 1 heure du soir, Rupture spontanée des membranes. 1 h. 30 soir : Terminaison de l'accouchement, fille vivante du poids de 4.100 gr. 1 h. 50 : Il s'écoule du sang par jet, l'utérus est inerte. Délivrance naturelle et complète. Injection intra-utérine. L'accouchée est prise de syncope; on lui donne des inhalations d'éther et de rhum. Sang pesé, 900 gr. 2 h. 45 : Nouvelle syncope. On fait deux injections hypodermiques de caféine, position déclive. L'utérus redevient plus ferme, l'hémorragie cesse et le pouls est bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVII

Hémorragie de la délivrance. — Accouchement spontané. — Délivrance naturelle et complète. — Tumeur du cul-de-sac postérieur réduite spontanément. — Massage.

La nommée H..., primipare, 24 ans. A. H. Mère morte de péritonite. A. P. A marché à 18 mois. Fièvre scarlatine à trois ans. P. R. à 13 ans et demi, régulières.

I. Grossesse actuelle. D. R. 7 juillet.

Examen général. — Taille 1 mètre 52 cent. Utérus développé de 37 centimètres:

Examen obstétrical (6 août, 2 h. du soir). Palper : Sommet mobile au détroit supérieur en O. I. G. Auscultation : Enfant vivant. Toucher : On arrive sur le col, qui est assez élevé vers la symphyse pubienne; il est ouvert dans toute son étendue. Les membranes sont rompues, ce qui permet d'arriver sur la partie fœtale qui est toujours très mobile. Le liquide s'écoule teinté de méconium.

En explorant le vagin, le liquide rencontre dans le cul-de-sac postérieur une tumeur énorme qui siège entre la paroi postérieure du vagin et la face antérieure du rectum.

6 août, 6 heures du soir. Dilatation un peu transversale de 1 centimètre. La tumeur n'est pas déplacée. Les bruits du cœur sont parfois sourds et irréguliers. Comme les contractions sont fréquentes et très douloureuses, on donne à la malade un lavement laudanisé, 20 gouttes de laudanum et une injection sous-cutanée de 1/2 cent. de morphine. Tamponnement à la gaze iodoformée. Repos de la parturiente, qui est très fatiguée.

8 heures du soir. Les contractions reprennent avec plus d'intensité et à 8 h. 45, elle expulse son tampon. La température axillaire est de 37°, pouls 84. Toucher : Tumeur inaccessible. La tête est plus profondément engagée.

9 heures. Dilatation complète. La période d'expulsion est relativement courte et l'accouchement se termine spontanément par la naissance d'une fille du poids de 2.550 gr.

10 h. 10. Délivrance naturelle et complète, le placenta pèse 500 gr. Injection utérine, tamponnement utéro-vaginal. L'utérus se rétracte mal. En découvrant la malade, qui est un peu pâle, on remarque qu'il s'écoule un filet de sang qui suinte continuellement. Massage de l'utérus, position déclive : on la remonte à l'aide de rhum, de champagne et d'oxygène.

Le 12 août, la malade est examinée par le chef de service, M. le Dr Porak. La tumeur est toujours volumineuse et occupe la fosse iliaque gauche, déplace l'utérus du côté opposé, ce qui rend la perception assez difficile.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XVIII

Hémorragie onze heures trente après l'accouchement. — Injection utérine. — Tamponnement. — Présentation du sommet en O. I. D. G. — Application de forceps, pour lenteur du travail. — Déchirure complète du périnée. — Périnéoraphie.

La nommée C..., 26 ans, primipare. A. H. Nuls.

I. Grossesse actuelle. D. R. du 28 décembre au 3 janvier. La parturiente se présente, le 9 octobre 1898, à la Maternité, où elle fut admise à trois heures du soir.

Examen général. — Rien de particulier.

Examen obstétrical. — Palper : Il existe une présentation du sommet en position O.I.D.P. La tête est très mobile au-dessus du détroit supérieur. Le liquide amniotique est en excès.

10 heures du soir. Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes ; pendant cette petite manœuvre, la tête, qui est toujours très mobile, est maintenue au détroit supérieur.

10 h. 20. La tête s'engage et repose sur le plancher périnéal. Malgré les efforts de la parturiente, la tête ne progresse pas ; le périnée est extrêmement résistant.

10 octobre, 2 h. 05 du matin. Application de forceps, mais au moment des tractions faites sur le forceps, une contraction plus énergique que les précédentes fait dégager la tête très brusquement, ce qui amène une déchirure complète du périnée. Délivrance naturelle et complète.

Périnéoraphie.

Le lendemain, vers 9 heures du matin, c'est-à-dire 11 h. 30 après l'accouchement, au palper on constate que l'utérus est anormalement développé. La malade accuse des phénomènes syncopaux. Extraction de 350 gr. de caillots Injection intra-utérine. Tamponnement à la gaze iodoformée. Les phénomènes syncopaux d'origine nerveuse ont persisté une partie de la journée. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XX

Hémorragie de la délivrance. — *Sommet en O.I.G.A.* — *Dégagement O.S.*
— *Délivrance artificielle.* — *Injection utérine.*

La nommée T..., ménagère, 27 ans, secondipare. A. H. Parents vivants, bien portants. A. P. Elevée au sein ; ignore l'âge auquel elle a marché : rougeole à 7 ans. R. à 14 ans, régulières.

I. Grossesse à terme. Enfant vivant, bien portant.

II. Grossesse actuelle. D. R. 24 janvier. Terme, 9 mois.

18 octobre 1898. Apparition des premières douleurs. Elle est admise à la Maternité ce même jour, à 4 h. du matin.

Examen général. — Squelette normal ; rien de particulier à signaler.

Examen obstétrical. — Palper : présentation du sommet en O.I.G.A. Auscultation : enfant vivant.

8 heures du matin. Toucher : dilatation, 2 centimètres ; membranes intactes ; dilatation complète ; rupture artificielle des membranes.

8 h. 20. Accouchement spontané ; dégagement de la tête en O. S.

8 h. 55. La femme perd un peu de sang ; on fait la délivrance artificielle ; une partie du placenta était décollée mais le reste était très adhérent. L'utérus débarrassé de son contenu, injection utérine ; la femme est en bon état. Ses suites de couches sont normales.

OBSERVATION XXI

Hystéropexie abdominale. — Hémorragie de la délivrance. — Délivrance artificielle. — Injection intra-utérine. — Tamponnement.

La nommée X, n° 1011, secondipare, 25 ans, infirmière. A. H. Parents bien portants. A. P. Age de la marche, inconnu. Pas de maladies de l'enfance. P. R. 12 ans 1/2, irrégulières.

I. Grossesse à 18 ans, à terme, normale. Enfant vivant du poids de 4.800 gr. Délivrance artificielle, suites de couches pathologiques.

Il y 4 ans a subi un curetage. Peu après, hystéropexie à Beaujon. On lui enlève l'ovaire et la trompe du côté droit.

Grossesse actuelle. D. R. le 1^{er} juillet, quelques douleurs abdominales, surtout du côté gauche. Examen : Rien de particulier. Palper : Enfant vivant se présentant par le sommet en O. I. G. A. ; tête engagée dans l'excavation.

Les premières douleurs apparaissent le 3 mai au matin, mais elles cessent peu après pour ne reparaitre que le 12 mai. A ce moment on examine la femme et on constate que les bruits du cœur sont bons, que l'enfant se présente par le sommet en O. I. G. A.

Au toucher, on trouve un col dilaté de 6 centimètres. A 7 h. 55, la malade accouche spontanément d'un enfant vivant du sexe masculin, pesant 4.100 grammes.

A 8 h. 15, la malade commence à perdre du sang en assez grande quantité, on touche et on trouve une partie du placenta dans le vagin ; on fait alors la délivrance artificielle. Le placenta est complet, mais il manque une assez grande partie des membranes ; on fait alors un écouvillonnage pour les soulever, puis ensuite une injection intra-utérine et enfin un tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade est pâle, le pouls est fréquent, petit, mais la malade se remonte assez vite. La quantité de sang perdu est évaluée à 700 grammes.

On enlève le tamponnement le lendemain. La malade va bien et quitte l'hôpital en bon état.

Nous avons, d'un autre côté, recueilli des observations d'hémorragie de la délivrance qui se sont produites à la clinique Tarnier pendant les quatre dernières années de l'exercice de l'illustre maître.

Ces observations sont résumées dans le tableau suivant; il indique le numéro de l'accouchement, sa date, la quantité de sang perdu, le traitement et le résultat obtenu.

Nous avons ainsi réuni 204 observations.

Dans aucun cas, la femme n'a succombé.

NUMÉROS	DATE DE L'ACCOUCHEMENT	SANG PERDU PESÉ	CAUSE	TRAITEMENT
1889				
52	19 janv.	?	Hydramnios	Inject. utér. chaude. Déliv. artif.
59	23 »	300	Inertie	» Évacuation.
85	30 »	680	»	» »
86	31 »	?	»	»
95	2 févr.	1000	»	»
103	4 »	?	»	» Déliv. artif.
118	11 »	600	»	» Compres. de
				l'aorte. 2 inject. d'éther. Grog.
164	25 »	500	Gémellaire	Inject. utér. chaude.
173	28 »	350	—	»
176	1 ^{er} mars	850	—	»
179	1 ^{er} »	850	—	»
209	13 »	?	Inertie	»
233	19 »	300	Hydramnios	»
238	24 »	400	—	»
250	28 »	?	Hydramnios	»
258	30 »	790	Gémellaire	»
274	5 avril	560	—	»
591	24 juillet	—	—	»
640	10 août	600	—	» Déliv. artif.
663	20 »	—	—	»
664	20 »	600	—	»
705	2 sept.	900	—	» Déliv. artif.
710	4 »	400	—	»
713	4 »	—	—	»
725	8 »	—	—	»
738	12 »	700	—	»
764	19 »	420	—	»
768	20 »	500	—	»
777	22 »	350	—	»
783	24 »	—	—	»
809	1 ^{er} oct.	480	—	»
810	1 ^{er} »	360	—	»
812	1 ^{er} »	500	—	»
843	9 »	—	Inertie	» Déliv. artif.
850	11 »	370	—	
851	14 »	420		
877	16 »	400		

NUMÉROS	DATE DE L'ACCOUCHEMENT	SANG PERDU PESÉ	CAUSE	TRAITEMENT
		GRAMMES		
893	22 oct.	850		Injec. utér. chaude.
900	25 »	500		» Déliv. artif.
902	25 »	850	—	»
910	27 »	—	Albumine	»
911	28 »	?	Hydramnios	»
930	3 nov.	650	—	»
937	6 »	300	—	»
958	11 »	370	—	»
967	12 »	500	—	»
972	15 »	700	—	»
976	16 »	500	Albumine	»
1000	23 »	520	—	»
1003	24 »	1050	Inertie	» Déliv. artif.
1016	29 »	390	—	»
1027	1 ^{er} déc.	300	—	»
1036	4 »	350	—	»
1049	8 »	300	—	»
1050	8 »	650	—	»
1058	11 »	300	—	»
1060	11 »	500	—	»
1062	14 »	500	—	»
1102	23 »	600	Albumine	»
1103	23 »	900	Albumine	»
123	28 »	580	—	»
1890				
17	5 janv.	650		Inject. utér. chaude.
34	8 »	1000		»
89	27 »	600		»
131	8 févr.	500		»
146	11 »	320		»
161	16 »	560		»
164	17 »	500		»
184	18 »	500		»
193	28 »	1200		»
194	1 ^{er} mars	600	Inertie	» Déliv. artif.
256	19 »	800		» Expression.
265	23 »	480		» Expression.
289	30 »	800	Inertie	» Expr. mass.
311	3 avril.	—		

NUMÉROS	DATE DE L'ACCOUCHEMENT	SANG PERDU PESÉ	CAUSE	TRAITEMENT
		GRAMMES		
314	5 avril	700		Inject. utér. chaude.
316	6 »	?	Inertie	» Déliv. artif.
326	10 »	400	»	» »
357	18 »	375	»	» »
360	19 »	950	—	» »
393	29 »	550	Inertie	» Expression.
430	8 mai	400	—	» »
433	9 »	600	Gémellaire	» Déliv. artif.
440	11 »	1140	Inertie	» »
445	13 »	700	»	» »
454	15 »	?	—	» »
456	16 »	800	Inertie	» Évacuation.
465	18 »	520	»	» Rhum Éther.
468	19 »	550		
		avant délivr.	»	» Ergotine.
492	26 »	350	»	» »
495	26 »	300	»	» »
512	1 ^{er} juin	300	»	» »
517	2 »	—	Avant délivr.	» »
546	12 »	400	»	» Déliv. artif.
551	13 »	500	Inertie	» »
575	22 »	500	»	» »
591	27 »	600	Av. déliv. Inertie	» »
597	28 »	—	Inertie	» »
602	1 ^{er} juil.	500	»	» »
615	4 »	500	»	» »
643	17 »	1000	Enchat. Placenta	» Déliv. artif.
661	19 »	300		
		3 h. après	—	» »
679	24 »	Très forte ?	Gémellaire	» Déliv. artif.
				Bandes d'Ew. Éther.
686	25 »	—	Inertie	Inject. utér. chaude.
691	27 »	300	»	» »
693	27 »	700	Gémellaire	» »
703	31 »	650	Inertie	» »
711	4 août	300	»	» »
728	10 »	500	»	» Expression.
733	11 »	600	Ench. Placenta	» Déliv. artif.
756	16 »	600	Albumine	» »
759	17 »	Dure 3 heur.	Album. intense	» Déliv. artif.
				Mort.
760	17 »	—	Inertie	Inject. utér. chaude.

NUMÉROS	DATE DE L'ACCOUCHEMENT	SANG PERDU PESÉ	CAUSE	TRAITEMENT
		GRAMMES		
773	21 août.	très forte	Inertie	Injec. utér. chaude. Ergot. Ether.
795	28 »	350	Inertie	»
810	2 sept.	—	Inertie	»
818	6 »	500	Inertie	» Déliv. artif.
819	6 »	—	Inertie	» Déliv. artif.
838	15 »	300	Gémellaire	»
841	17 »	440	Albumine	»
859	25 »	750	—	»
890	4 oct.	350	Inertie	» Déliv. artif.
912	12 »	300	—	»
948	20 »	400	—	»
963	26 »	500	—	»
979	2 nov.	600	—	»
989	6 »	600	—	»
1045	22 »	600	Inertie	»
1064	28 »	300	—	»
1092	6 déc.	500	Inertie	»
1095	6 »	abondant	Inertie	» Déliv. artif
1111	11 »	500	—	»
1891				
12	4 janv.	400	—	Inject. utér. chaude.
19	6 »	1000	Albumine	»
165	15 févr.	1000	Inertie	»
168	15 »	520	—	»
173	17 »	700	Inertie	»
195	22 »	300	—	»
212	27 »	400	—	»
322	28 mars.	530	Inertie	» Déliv. artif.
427	24 avril.	—	—	»
440	28 »	—	—	»
486	10 mai.	—	—	» Evacuation.
501	14 »	400	—	» Evacuation.
516	18 »	550	—	»
610	18 »	?	—	»
614	19 »	700	Hydramnios	»
723	16 juillet	780	—	»
734	20 »	900	—	»
746	22 »	500	—	» Déliv. artif.
751	22 »	450	—	»

NUMÉROS	DATE DE L'ACCOUCHEMENT	SANG PERDU PESE	CAUSE	TRAITEMENT
		GRAMMES		
819	9 août	600	—	Injec. utér. chaude.
872	23 »	550	—	»
961	16 sept.	500	—	»
965	17 »	300	—	»
1028	2 oct.	890	Inertie	»
1128	30 »	1000	Inertie	» Ergot. Ether.
				Compress de l'aorte.
1159	8 nov.	500	—	Injec. utér. chaude.
1171	10 »	500	—	»
1227	26 »	600	—	»
1319	21 déc.	350	—	»
1892				
5	2 janv.	500		Inject. utér. chaude.
6	2 »	800	Inertie	» Déliv. artif.
7	2 »	350	Inertie	»
18	5 »	500	Inertie	» Déliv. artif.
24	7 »	300	—	» Déliv. artif.
38	10 »	500	—	»
51	12 »	800	—	»
53	14 »	300	—	»
61	16 »	300	—	»
236	2 mars.	950	—	» Evacuation.
318	22 »	750	—	»
322	24 »	470	—	»
352	1 ^{er} avril.	600	—	»
353	1 »	1600	Albumine	» Ergot. Ether.
				Grogs.
380	9 »	1200	—	Inject. utér. chaude.
419	20 »	600	—	» Déliv. artif.
510	13 mai.	400	—	» Déliv. artif.
578	2 juin.	600	—	» Déliv. artif.
591	5 »	400	—	»
699	3 juillet.	650	Inertie	»
714	6 »	550	—	»
765	18 »	740	—	»
839	8 août.	1370	—	» Evacuation.
895	19 »	600	—	»
964	3 sept.	440	—	»
1025	19 »	760	—	»

NUMÉROS	DATE DE L'ACCOUCHEMENT	SANG PERDU PESÉ	CAUSE	TRAITEMENT
		GRAMMES		
1045	24 sept.	680	—	Inject. utér. chaude.
1120	15 oct.	400	—	»
1305	5 déc.	600	—	»
1333	13 »	700	Inertie	»
1893				
107	25 janv.	620	—	Inject. utér. chaude.
111	26 »	450	—	»
232	21 févr.	1200	Inertie	» Déliv. artif.
				Sig. des membres infér. Ether.
				Sérum artificiel.
265	3 mars.	400	—	Inject. utér. chaude.
289	8 »	600	Inertie	» Evacuation.
385	1 ^{er} avril	300	—	»
411	7 »	500	—	»
421	11 »	500	—	»
427	12 »	400	—	»
472	23 »	430	—	»
475	23 »	750	—	Inject. utér. chaude.
477	24 »	500	—	»
571	13 mai	800	—	»
670	10 juin	550	Inertie	» Déliv. artif.
698	15 »	880	—	»
787	9 juillet	740	Inertie	» Eth. Sérum.
839	22 »	350	Inertie	» Evacuation.
861	26 »	640	—	»
1149	10 oct	550	—	»
1191	19 »	500	—	»
1252	3 nov.	300	—	»
1292	13 »	280	—	»
1413	16 déc.	1200	—	» Evac. Grog.

D'après la lecture de ces observations, nous voyons de suite qu'un seul principe préside à tous les traitements employés, nous pourrions même dire que presque tous les autres traitements sont des adjuvants à celui-là.

L'indication capitale est donc, d'après l'expression de Tarnier, de vider l'utérus.

Mais avant d'entrer plus avant dans la question, voyons ce qui se faisait en temps plus lointains.

Velpeau (1) divise le traitement en :

1° Moyens préventifs ;

2° Moyens curatifs.

1° *Moyens préventifs.* — Dans l'hypothèse que je viens d'exposer et que je crois facile à défendre, le meilleur moyen de prévenir l'hémorragie ne serait pas de frotter l'ombilic à travers l'hypogastre avec une cuillerée d'eau-de-vie ou d'eau de Cologne, comme le voulait Leroy, et Faure dit l'avoir vu faire à l'étranger, mais bien d'appliquer promptement un bandage un peu serré sur le ventre ou de faire placer la femme la tête très basse aussitôt après l'accouchement.

White (2) exige cette position, même pendant le travail, et défend à la femme de se livrer au moindre effort.

Clarke (3). Un excellent moyen, selon l'auteur, consiste à tenir la femme froide dans le dernier temps du travail, et à comprimer l'hypogastre avec la main pendant la sortie du fœtus, jusqu'à ce que l'utérus soit rentré dans le bassin.

Osborne (4) prétend qu'on réussit également bien en retardant l'expulsion de l'enfant une fois que la tête est sortie.

Evan (5) se loue beaucoup de liquides glacés donnés à l'intérieur dans le même but.

M. Guillemant vante particulièrement l'infusion de seigle

(1) Velpeau. — L'art des accouchements, t. 2, p. 541 (1835).

(2) White. — Ingleby, on uterin hemorrhag., etc., p. 34.

(3) Clarke. — Ibid., p. 32.

(4) Osborne. — Ibid., p. 35.

(5) Evan — Ibid., p. 64.

ergoté à dater de la rupture des membranes, mais je crois que la précaution indiquée par *Osborne* et la compression par la méthode de *Clarke* méritent autant de confiance.

Waller (1) administre une forte dose d'opium. Après la délivrance chez toutes les femmes, je n'en puis rien dire, attendu que personne en France n'en a encore étudié l'action sous ce point de vue.

2° *Moyens curatifs*. — Une fois déclarée, l'hémorragie exige les plus prompts secours.

I. — VIDER, SOUTENIR LA MATRICE

Pour peu qu'il reste de délivrance dans les organes génitaux, on doit s'empresse de l'extraire.

On vide donc la matrice, avec la main, comme le veut *Deleurye* (2), sans se laisser effrayer par les craintes qui en ont imposé à *MM. Blundell et Ingleby* (3) sur ce point.

Après avoir extrait le placenta ou les caillots, si la perte continue au point de donner des inquiétudes, on doit, en cas que la matrice reste molle et inactive, ou que les sinapismes entre les épaules aient été vainement employés, ne pas hésiter à porter de nouveau la main dans cet organe.

Elle vaut mieux, dit *M. Jackson*, que le tampon, le seigle ergoté, les topiques froids, etc.

De La Motte avait fort bien remarqué que c'est le plus sûr moyen de faire cesser l'inertie.

La compression exercée en sens divers sur l'hypogastre, compression vantée comme une découverte importante par *Dussé* (4), ne remplacera jamais ce moyen d'une manière complète, quoiqu'elle ne soit pas non plus à négliger.

Il s'en faut au reste que le défaut de contraction soit toujours suivi de perte après l'accouchement.

(1) *Waller*. — *Elem. of. midwif, etc.*, p. 115.

(2) *Deleurye*. — *Traité des accouchements*, p. 338.

(3) *Blundell et Ingleby*. — *On uterin hemorrhage*, p. 241.

(4) *Dussé*. — *Académie des Sciences*, année 1722.

Après avoir extrait un placenta qu'il croyait adhérent, M. Glasspole reconnut très bien que l'utérus était mou et non contracté, quoiqu'il n'y eût point d'hémorragie.

Tout ce que j'ai dit de la compression à l'article Hémorragie pendant le travail s'applique surtout ici.

C'est alors que M. Chevreul (1) s'en est surtout servi avec avantage comme accessoire du tampon.

Ce serait aussi le cas de se servir d'éponges imbibées d'eau froide ou d'oxicrat, appliquées sur l'hypogastre, les lombes, les flancs, à la manière d'Hippocrate.

Quant à extraire le sang qui s'épanche au moyen d'une sonde, comme le veut M. Dolivera (2), il ne faut pas y songer.

M. Lee (3) a raison de se moquer de Gooch, qui veut qu'une des mains aille dans la matrice servir de point d'appui à celle qui comprime l'hypogastre, afin de simuler l'action d'un tourniquet, et nous verrons tout à l'heure que c'est moins l'utérus que l'aorte ou les vaisseaux du bassin qu'il s'agit de comprimer.

II. — LES INJECTIONS.

Les injections d'oxicrat, le vinaigre pur ou l'eau glacée, conseillées par Saxtorph, l'alcool et les acides sulfurique ou nitrique étendus d'eau, avec lesquels Bosta veut qu'on aille en quelque sorte cautériser les vaisseaux utérins; la solution de sublimé que M. Hohl (4) n'a pas craint de vanter, l'introduction d'une vessie de porc, qu'on remplit d'air, d'eau ou de liquides astringents, dans l'utérus même, proposée par certains auteurs, offriraient bien moins d'avantages, exposeraient à beaucoup plus d'accidents et ne sont pas d'une application aussi facile que la main.

(1) Chevreul. — Précis de l'art des accouchements, T. VII, p. 177.

(2) Dolivera. — Bulletin de Férussac, T. III, p. 289.

(3) M. Lee. — *Dicases of Women*, etc., p. 217. Lond. 1833.

(4) M. Hohl. — *Anat. univ.*, septembre 1833.

Basedow (1), qui avait aussi conseillé la vessie à air de Rouget, n'en a nullement prouvé l'efficacité.

Ces injections froides ou astringentes qu'avait d'abord préconisées Kock, comme elles l'avaient été par Galien, P. Alpin, et que Guillemeau (2) dit avoir employées avec succès, ne méritent peut-être pas tous les reproches que leur adresse M. d'Outremont. Je doute aussi qu'on ait réellement à craindre, comme le croit M. Cruveilhier (3), qu'elles puissent entrer dans les sinus utérins et devenir aussi promptement mortelles, mais je les crois de nature à faire naître de nombreuses maladies chroniques et à mériter par là l'oubli où elles sont tombées.

Craignant que l'action des liquides médicamenteux ne fût empêchée par le sang, quelques praticiens ont imaginé d'en imbiber certains corps et de les porter ainsi dans la matrice.

Cruckshauk (4) se servait à cet effet d'une éponge imbibée de jus de citron ou de vinaigre. Le tampon qui, même après la délivrance, a donné, quoi qu'en dise M. Ingleby, des succès remarquables à Leroux, était presque alors imbibé des mêmes liquides.

Le citron dépourvu d'écorce, tel que je l'ai vu employer par deux matrones de campagne, en Touraine, tel que M. Pasteur (5) après M. Evrat (6), l'a surtout conseillé, serait encore un excellent moyen.

Abandonné dans la matrice, il y cause une excitation et bientôt une contraction permanente, presque aussi efficace que la main.

Je crois donc pouvoir en recommander l'usage, malgré les insuccès de M. Ingleby (7) et sans être arrêté par la crainte de le voir retenu par le resserrement spasmodique du col, comme le croit M. Doudement (8).

(1) Basedow. — Deubel, Thèse, p. 81.

(2) Guillemeau. — Leroux, Thèse. Observations sur les pestes, p. 186.

(3) Cruveilhier. — Journal hebdom. univ., tome LV, p. 237.

(4) Cruckshauk. — Ingleby on uterin hemorrhage, p. 145.

(5) Pasteur. — Thèse N° 78, Paris, 1808.

(6) Evrat. — Revue médicale, tome II, p. 157, 1825.

(7) Ingleby. — On uterin hemorr., p. 247.

(8) Doudement. — Thèse N° 65, Paris, 1826.

S'il n'y avait point inertie, on devrait avoir recours au traitement indiqué à l'article de l'hémorragie en général, aux révulsifs, aux réfrigérents ainsi qu'au tampon qui, même alors, peut, quand il est bien appliqué, devenir un remède héroïque, ainsi qu'on le voit par les observations de M. Chevreul (1).

On pourrait encore, comme M. Rigby (2) dit l'avoir fait avec succès, recourir à la succion des mamelles.

Cet accoucheur prétend que si l'enfant prend le sein, la perte cesse à l'instant. La sympathie bien connue qui existe entre l'utérus et la gorge, rend croyable un pareil effet.

Rien n'empêcherait du reste de se servir d'une autre personne ou même d'un petit chien si le nouveau-né ne voulait ou ne pouvait pas saisir convenablement le mamelon immédiatement après l'accouchement.

III. — COMPRESSION DE L'AORTE

Peut-être serait-il bon, quand la perte est foudroyante, de comprimer l'aorte au-dessus de l'angle sacro-vertébral, en attendant qu'on pût mettre en pratique les autres moyens.

Immédiatement après la sortie du fœtus, les parois abdominales sont molles et chez beaucoup de femmes il ne serait pas difficile d'agir sur l'aorte avec les pouces, placés un peu à gauche.

Sans attacher à ce moyen, dont parlent déjà Boer, M^{me} Lachapelle, M^{me} Dugès, autant d'importance que Baudelocque et Trehan, j'y aurais volontiers recours si l'occasion se présentait.

Depuis que cette compression a été proposée, on s'en est occupé avec une certaine ardeur. On dit que M. Plouquet (3) en avait déjà indiqué le procédé en 1797 et Usamer y avait également recours avant qu'il n'en fût question en France.

(1) Chevreul. — Opér. citat. p. 129, 130, 131.

(2) Rigby. — Gazette médicale de Paris, 1834.

(3) Plouquet. — Bulletin de Férussac, T. XVI, p. 452.

Le fait est que l'idée paraît en être venue à plusieurs personnes séparément, que M. Schweighaeuser (1) l'indique assez nettement et qu'elle est présentée sous trois formes différentes.

Les uns, comme Saxtorph, par exemple, n'arrivaient à l'aorte qu'en agissant sur la matrice à travers les parois du ventre.

D'autres, comme on le voit dans Boër, portaient la main dans l'utérus même pour atteindre l'aorte sur le rachis.

Les troisièmes, enfin, veulent, comme Baudeloque, qu'on efface le calibre, au-dessus de l'utérus, soit avec deux doigts, soit avec le pouce, comme M. Tréhan, soit même, comme le prescrit Siebold, avec le poing, qu'on applique un peu à gauche du rachis, à travers les parois abdominales et en écartant, en déprimant soigneusement les intestins.

M. Reichelberg (2) en a cité un fait remarquable. On peut consulter à ce sujet le mémoire inséré dans le journal d'accouchements de Siebold (3). C'est une ressource importante et facile tout à la fois.

Cependant, s'il est vrai qu'on suspende ainsi l'afflux du sang artériel, il l'est également qu'on peut gêner le retour du sang veineux et qu'on doit éviter autant que possible de comprimer la veine cave.

Tranquille sous le rapport de l'écoulement sanguin, on s'efforce de rappeler les contractions de la matrice, et bientôt, au bout d'une heure ou deux, on peut relâcher insensiblement l'aorte.

IV. — DU SEIGLE ERGOTÉ

Un autre moyen, vanté depuis plusieurs années, est le seigle ergoté. Plusieurs auteurs : Bordot, Goupil, Villeneuve, soutiennent qu'il fait cesser l'inertie, oblige la matrice à se contracter, à détruire les adhérences du délivre, à chasser

(1) Schweighaeuser. — Arch. de l'art des accouch., T. II, p. 113.

(2) Reichelberg. — Bulletin de Férussac, t. XVI.

(3) Siebold. — Tome VIII.

le placenta, et suspend par suite l'hémorragie. La délivrance étant toujours prompte, disent-ils, et n'ayant jamais été accompagnée ni suivie de perte de sang chez les femmes qui ont pris de cette poudre oxytocique, pendant le travail, on doit naturellement en conclure qu'elle peut être d'un grand service dans les cas d'adhérences contre nature du placenta et quand il survient une hémorragie après la sortie de l'enfant.

Il semble, au reste, que le seigle ergoté fut déjà employé comme moyen oxytocique du temps de Charlemagne.

Aux travaux publiés sur la vertu du seigle ergoté, il faut d'ailleurs ajouter un mémoire fort intéressant de Parent de Baune (1).

Je l'emploierais volontiers aussi contre les adhérences, mais n'ayant pas eu occasion d'en rencontrer, je n'ai point de fait par devers moi sur ce sujet. Quant à l'hémorragie, quelques médecins ont cru remarquer qu'elle avait été déterminée par la poudre obstétricale elle-même.

Une jeune femme fut prise d'une perte violente après son accouchement, bien que je lui eusse administré du seigle ergoté, à la dose de quarante-cinq grains *pendant le travail*, et que cette substance eût d'ailleurs produit l'effet que j'en attendais.

J'ai observé un autre fait semblable et je suis porté à croire que si le seigle cornu peut être utile quand la perte est le résultat de l'inertie de l'utérus, ce n'est pas dans les cas graves, et qu'il ne faut guère compter sur ses effets avantageux que dans les cas d'hémorragies modérées qui se manifestent à une certaine distance de l'accouchement. J'ajouterai du reste qu'il ne faut pas toujours mesurer le danger des pertes par leur abondance.

Une femme en est morte à l'hôpital de l'école, quoiqu'elle n'eût pas perdu deux livres de sang.

(1) Baune. — Société médic. de Dijon, 1832, p. 158

V. — TRANSFUSION

L'idée de recueillir du sang dans les veines d'une malade qui se meurt d'hémorragie s'est présentée à l'esprit des accoucheurs modernes comme elle s'était offerte à la pensée des médecins du XVII^e siècle.

Mise en exécution en Allemagne par M. Dieffenbach (1), en France par M. Roux (2) dans les affections cholériques ou chirurgicales, elle n'a rien produit de satisfaisant.

Il semblerait que la tocologie en ait tiré un meilleur parti.

M. Blundell (3), qui a surtout appelé sur elle l'attention, prétend avoir essayé plusieurs fois la transfusion avec succès chez les femmes affectées de pertes utérines. Il invoque en outre les tentatives de quelques autres praticiens et donne la figure de l'appareil dont il s'est servi.

La transfusion, toutefois, est une ressource dangereuse et dont les bienfaits sont loin d'être constants.

Ainsi que le remarque Burns, la phlébite peut en être la conséquence, quoiqu'on ait réussi d'abord.

D'ailleurs, quel en serait le but ? Au moment de la perte elle n'empêchera pas le sang de couler.

C'est donc pour remédier à l'anémie, à la vacuité des vaisseaux, à l'état de syncope ou de convulsions qui suivent trop souvent les hémorragies graves, qu'il est permis d'y songer.

Reste à savoir alors si le sang d'une autre personne peut remplacer celui que la malade vient de perdre et si, comme le remarque M. Burns, de l'eau tiède ne produirait pas le même effet en remplissant les vaisseaux.

Moreau (4) divise les moyens à employer en trois classes :

- 1^o Ceux qui doivent être appliqués à l'extérieur ;
- 2^o Ceux qu'on introduit dans le canal digestif ;

(1) Dieffenbach. — Gazette médic. de Paris, 1832.

(2) Roux. — Ibid., 1830.

(3) Blundell. — The Lancet, 1829, vol. II, p. 676.

(4) Moreau. — T. II, p. 422, 1841.

3° Enfin ceux qui sont donnés pour agir dans l'intérieur de l'utérus.

Parmi les premiers, il existe les boissons froides, les frictions sur le ventre, les applications d'eau froide, les aspersions d'eau froide, vinaigrée ou glacée. Il note encore la ligature des membres inférieurs; l'application du feu aux extrémités; les sinapismes entre les épaules, mais reconnaissant à tous ces moyens peu d'efficacité.

Quant aux substances introduites dans le tube digestif, il ne recommande que les stimulants, tels que les boissons froides et alcoolisées, mais il recommande tout spécialement l'usage du seigle ergoté.

Nous verrons plus tard ce qu'il faut penser actuellement de ce dernier procédé.

Les moyens qui agissent directement sur l'utérus sont, d'après Moreau, les plus efficaces, et ceux qu'on doit employer le plus souvent et de préférence.

Le meilleur de ces moyens consiste à titiller l'utérus avec deux ou trois doigts d'une main, tandis que l'autre, appliquée sur l'hypogastre, le comprime.

Il suffit souvent pour déterminer l'organe à revenir sur lui-même et arrêter l'hémorragie. Dans les cas graves, on doit, dit-il, introduire la main dans l'utérus, sur la surface duquel on la promène à plat afin de décoller les caillots; il ne faut pas se hâter de retirer la main, car il arriverait alors ce qui a lieu quand le fœtus est expulsé d'une manière trop brusque et on serait obligé de recommencer la manœuvre. Il vaut mieux attendre, pour retirer sa main, que les contractions se manifestent avec énergie et que l'utérus fasse en quelque sorte effort pour l'expulser.

Il indique ensuite d'autres moyens : une vessie est introduite dans l'utérus et gonflée d'air ou par une liqueur styptique. L'introduction de glace dans l'utérus lui a donné également de bons résultats. L'introduction, dans l'utérus, d'une éponge imprégnée de vinaigre a été conseillée comme très efficace, mais cependant il semble que ce moyen doit être défectueux, car l'éponge s'imprègne de sang et augmente

ainsi le volume de l'utérus. C'est pour cela que Moreau lui préférerait un tampon de linge.

Nœgelé (1) préconisait : 1° Des frictions circulaires dans la région de l'abdomen où se trouve le fond de l'utérus; 2° Des aspersion d'eau glacée sur l'abdomen et la partie supérieure des cuisses; 3° Des injections, dans le vagin, d'eau froide, mélangée, dans les cas urgents, de parties égales d'eau-de-vie et de vinaigre; 4° De la teinture de cannelle à l'intérieur; 5° Du seigle ergoté.

Baudelocque dit : Si la perte exige qu'on délivre la femme sur-le-champ, elle n'indique presque rien concernant la manière d'opérer qui n'ait été exposé ci-devant, excepté lorsque le placenta conserve encore une partie de ses adhérences avec la matrice, lorsque le cordon ombilical a été arraché ou lorsque qu'il est trop faible pour supporter les efforts nécessaires en pareils cas.

Lorsque le placenta n'est pas complètement détaché, on cherche l'endroit où il est déjà séparé de la matrice. On insinue les doigts derrière cette partie et l'on achève de détruire le reste de ses adhérences, en agissant comme si on voulait séparer deux feuilles de papier unies. Pendant tout ce temps, l'on a grand soin d'assujettir la matrice en appuyant de l'autre main sur le ventre de la femme.

Il n'est pas toujours nécessaire d'introduire la main dans la matrice pour opérer la délivrance, lorsque les adhérences du placenta sont plus fortes que de coutume; souvent il suffit de tirer sur le cordon, en dirigeant les contractions de manière à ce qu'elles agissent directement et presque uniquement sur le point même du placenta où il est inséré.

Enfin, dernièrement, Amillet (2) a étudié l'action des injections d'eau salée comme traitement des hémorragies puerpérales.

Son travail, très intéressant et très complet, mérite que nous nous y arrêtions un peu plus longuement.

(1) Nœgelé. — 1857, p. 467.

(2) Amillet. — Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales. Thèse, Paris, 1897.

Dans un premier chapitre, consacré à l'historique de la question, il nous apprend que :

En 1881, Bischoff, de Bâle, injecte 1.250 gr. de chlorure de sodium à 6 % additionné de quelques gouttes de potasse caustique à une femme atteinte d'hémorragie de la délivrance : la femme guérit.

En 1888, une femme atteinte de gastrite aiguë avorte. Il s'ensuit une hémorragie grave et anémie aiguë. Morel injecte dans la veine médiane céphalique gauche un litre et demi de sel de cuisine à 6 % et à 37°. Il en résulte une amélioration rapide suivie de guérison.

En 1890, une femme avorte. Il en résulte une hémorragie avec collapsus. Haffter injecte 600 gr. d'une solution salée à 6 % dans la cavité péritonéale. Une minute et demie après, la femme revient à elle, l'hémorragie s'arrête : la femme est sauvée.

En France, en 1890, Porack, en 1894, Pinard, et, à Londres, Horrocks, obtiennent les mêmes résultats.

En 1895, Doléris, dans une hémorragie due au décollement placentaire, applique le même traitement et obtient les mêmes résultats.

En 1896, les travaux abondent : nous devons signaler surtout le mémoire remarquable de M. Maygrier et celui du Docteur Leclerc, à Bruxelles. A Paris, paraissent sur ce sujet de nombreuses thèses de MM. Simon, Faney, Mourette, Fourmeaux, Vigour.

A Lille, le mémoire du Docteur Duret et, à Bordeaux, celui du Docteur Andebert. M. Olivier présente un travail et signale une trousse très pratique dont nous parlerons plus loin. Enfin, en 1897, paraît un nouveau travail du Docteur Leclerc, sur la transfusion du sérum artificiel et la description de l'appareil dont il se sert.

Puis passant à l'action physiologique de la solution saline, il nous dit que :

Les injections se font au titre de 5 à 10 pour 1.000.

Le sérum physiologique de Hayem se compose de :

Eau	1000 gr.
Chlorure de sodium	5 gr.
Sulfate de soude	10 gr.

L'eau salée employée seule est encore la solution la moins nocive pour le sang.

Action sur le sang. — D'après les recherches de Jolyet et Laffont (1), on remarque que :

Avec *l'eau pure*, les globules du sang s'altèrent, se gonflent, se déforment et même se détruisent.

Avec *l'eau salée*, l'altération est moindre ; il n'y a pas de destruction de globules.

Faney et Fourmeaux confirment ces résultats.

Malassez, Dastre et Gley ont observé qu'avec la solution à 7,5 pour 1.000, les globules absorbent la solution et se gonflent.

Cet inconvénient disparaît avec la solution à 10 pour 1.000 ; le globule reste *intact*. D'après Hayem, *la proportion la meilleure est de 10 pour 1.000.*

Le sérum salin a une action franchement hémostatique.

Action sur la circulation. — 1° On peut injecter à un animal des quantités considérables de liquide salé sans danger. En réalité, il n'y a pas de dose toxique ; 2° On peut injecter de grandes quantités, à condition de ne pas dépasser une vitesse donnée. Il ne faut pas dépasser 3 c. c. par minute et par kilogr. d'animal ; 3° Chez l'animal sain, l'injection abondante modifie peu la pression artérielle, même si la quantité de liquide injecté est supérieure à celle du sang soustrait à l'organisme.

Action sur le rein. — L'injection d'eau salée produit une abondante diurèse (environ 30 minutes après). A partir d'un certain moment après l'injection, il sort de l'organisme une quantité de liquide égale à celle qui y entre.

(1) Jolyet et Laffont. — Mémoires de la Société de biologie, 9 nov. 1878.

Première période : L'urine a les caractères de l'urine physiologique.

Deuxième période : Le liquide rejeté ressemble au liquide injecté. Peu d'urée.

Troisième période : L'urine reprend ses caractères normaux.

Action sur l'utérus. — Budin signale l'observation de Keiffer, de Bruxelles, *Contractions du col* par l'intermédiaire de la moelle. Dans son travail, Keiffer signale, dans l'anémie aiguë, l'utérus atone et flasque. Si l'hémorragie cesse, l'utérus redevient contractile.

Dans bien des cas où l'ergotine, l'eau chaude, le massage, le tamponnement n'arrêtent pas l'hémorragie, il faut recourir rapidement à l'injection intra-veineuse.

Par quelle voie est-il préférable de faire pénétrer la solution saline ? — On songea d'abord aux vaisseaux et au tissu cellulaire, puis à la plèvre, au péritoine, au rectum.

On a renoncé à la voie rectale. Limon et Vigoux préconisent l'injection intra-veineuse.

Faney et Fourmeaux n'admettent que l'injection intracellulaire. Olivier est partisan, suivant les cas, des deux systèmes. Amillet est aussi de cet avis. Maygrier pense que les doses massives peuvent seules rendre la vie à la malade. 400 et 500 gr. sont insuffisants.

Les partisans de l'injection dans le tissu cellulaire reconnaissent cependant qu'il est des cas où l'injection intra-veineuse est indiquée.

Faney, pour prouver que la méthode *intra-cellulaire* vaut la méthode *intra-veineuse*, dit dans sa thèse :

« L'avantage capital qu'on attribue à la transfusion vasculaire réside dans la rapidité de pénétration du liquide transfusé, avantage digne, à la vérité, d'être pris en considération, dans les cas de nécessité immédiate, impérieuse, dans ceux où, sous peine de voir la malade mourir entre ses mains, le médecin n'a pas une minute à perdre, et c'est à juste titre que, sous ce rapport, les partisans de la méthode intra-vasculaire placent en elle leur confiance. On

» ne saurait soutenir, sans risquer d'être taxé d'exagération,
» qu'un liquide directement introduit dans les vaisseaux ne
» se mélange au sang plus rapidement que s'il est injecté
» sous la peau. Ce point semble même, par son évidence,
» échapper à toute discussion. »

Objections que les partisans de l'injection *intra-cellulaire* font à l'injection *intra-veineuse* :

1° Préparatifs longs ;

2° Technique compliquée ;

3° Chauffer le liquide, le stériliser, ainsi que les instruments ;

4° Danger d'introduire de l'air dans les veines.

Ces objections sont insuffisantes pour faire rejeter la méthode *intra-veineuse*, et *cependant ce sont elles* qui ont fait rejeter cette manière d'opérer à M. Faney, car, dit-il, « les deux méthodes paraissent équivalentes au point de vue des résultats. »

Est-ce vrai ? Faney appuie son opinion sur l'expérience et la clinique.

Il opère sur des chiens et conclut que par l'injection sous-cutanée on relève la pression artérielle aussi vite que par l'injection *intra-veineuse*.

Peut-on conclure sérieusement d'une seule expérience ? D'autre part, de ce qui se passe chez le chien, peut-on dire qu'il en sera de même chez l'homme ? C'est peu probable. En effet, dans son opération sur le chien, il a fait trois injections simultanément, dont l'une de 200 grammes, au moyen d'une seringue. Or, chez une femme, il faut injecter 12 ou 1.500 gr. et même plus pour rétablir la pression dans un temps assez court ; il est matériellement impossible d'injecter cette quantité dans le tissu cellulaire dans le même temps. Serait-elle même possible, elle ne serait pas supportée par la femme mourante.

L'injection sous-cutanée faite, même lentement, cause de très vives douleurs. Or, dans notre cas, il faudrait plusieurs injections rapides qui causeraient une douleur telle que la malade succomberait.

En admettant même que la malade résiste, il surviendrait rapidement une nécrose cellulaire qui mettrait en danger la vie de la femme.

Les observations cliniques de M. Faney ne sont pas très concluantes et on peut leur opposer le mémoire de M. Maygrier (11 avril 1896) qui montre que l'injection sous-cutanée peut être absolument incapable de remonter une femme exsangue (Observation du 6 mars 1897, à la Maternité).

« Après une injection sous-cutanée qui ne donne aucune amélioration sensible, il tente de faire la version. Il réussit à saisir un pied et à faire évoluer le fœtus, mais alors il juge l'état de la malade si grave qu'il s'arrête.

» La femme est d'une pâleur cadavérique, le pouls est imperceptible, la respiration est embarrassée, l'œil est vitreux, il n'y a plus de réflexe cornéen. C'est alors que M. Maygrier fait faire une injection intra-veineuse de 2 litres de sérum ; avant même que l'injection soit terminée, on assiste à une véritable résurrection. Le pouls redevient perceptible, la respiration reprend sa régularité ; la face devient peu à peu rosée, la femme ouvre les yeux, elle parle. *Une heure et demie après l'injection intra-veineuse*, l'accouchement se termine spontanément ».

L'injection hypodermique a donc été manifestement insuffisante à remonter la malade, et, si on n'avait pas fait une injection intra-veineuse à dose massive, la femme serait probablement morte non accouchée.

M. Schull, à Nancy, conclut dans le même sens, en citant une observation qui n'est pas moins démonstrative.

En résumé, il faut admettre, avec MM. Maygrier et Olivier, qu'il ne faut pas être exclusif et qu'il faut distinguer deux catégories de cas :

1^o Ceux dans lesquels l'hémorragie est considérable et où la mort est imminente. Alors il faut agir vite, réveiller l'action du cœur ; dans ce cas il faut avoir recours à l'injection intra-veineuse.

2^o Ceux dans lesquels l'hémorragie a été moindre, où

l'état général n'offre pas de gravité immédiate, on aura recours aux injections sous-cutanées.

Voyons maintenant quelles sont les *indications* et les *contre-indications* de l'injection du sérum.

Il est évident qu'une hémorragie, même abondante, chez une femme robuste et vigoureuse, dont l'état général est parfait, sera beaucoup mieux supportée qu'une perte minime chez une femme affaiblie et déjà anémiée. Ce n'est donc pas la quantité de sang écoulé, mais l'effet produit sur la femme qui doit dicter la conduite à tenir.

Les hémorragies du début de la grossesse sont fréquentes; elles ont souvent pour cause l'avortement. L'écoulement est généralement modéré et bien supporté; mais il est des cas où l'anémie aiguë survient. L'injection saline est alors indiquée. L'hémorragie peut se produire vers la fin de la grossesse, elle résulte d'une insertion vicieuse du placenta. Elle peut se produire plusieurs fois, si bien que la malade arrivée à terme se trouve dans un état d'anémie inquiétant. Aussi il est bon, comme le conseille M. Maygrier, de faire une injection préventive.

Il ne faut pas compter sur la rupture de la poche des eaux pour amener l'arrêt de l'hémorragie; au contraire, elle peut devenir plus considérable.

Donc, dans le cas d'insertion vicieuse du placenta, il est bon de faire une injection saline.

L'hémorragie la plus fréquente est certainement celle de la délivrance, due ordinairement à l'inertie utérine. Alors la vie de la femme est en danger et il faut avoir recours à l'injection saline.

Il faut prendre garde à l'hémorragie artérielle, interne. L'utérus a augmenté considérablement de volume. L'hémorragie devra être combattue par l'injection saline.

Enfin, dans le cas de grossesse extra-utérine qui se termine souvent par une rupture accompagnée d'hémorragie grave, il faut immédiatement pratiquer l'injection massive intra-veineuse. Grâce à elle, ainsi que le fait observer M. Bar, l'opération pourra être faite et bien supportée par la malade.

Nous avons vu dans quels cas il est préférable d'employer l'injection hypodermique ou intra-veineuse. Il est bon d'ajouter que chez les femmes présentant de la fièvre au cours de l'accouchement, on fera bien de ne pas avoir recours à l'injection par voie cellulaire, qui peut entraîner des accidents locaux.

En résumé, au point de vue de la dose à employer, M. Maygrier insiste dans son mémoire pour indiquer les doses massives (1 à 2 litres, parfois répéter l'injection) dans les cas graves.

Quand on fera l'injection dans le tissu cellulaire, ne procéder que par doses de 200 gr. pour éviter les douleurs vives et les abcès.

Contre-indications. — Il n'y a pas de contre-indications absolues. Elles ne sont que relatives.

1° A cause de la diurèse considérable causée par les injections, il est important de s'assurer de l'état des reins. S'il y a de l'albuminurie il ne faudra pratiquer l'injection intra-veineuse que par doses de 7 à 800 gr. à la fois. On évitera ainsi l'œdème pulmonaire, l'hydrothorax et l'ascite.

2° Dans le cas de l'emploi du chloroforme. Des physiologistes ont observé que lorsqu'on opère sur des animaux chloroformés, l'élimination du liquide est insuffisante, il s'accumule dans les tissus, les animaux meurent de syncope.

Ces accidents n'ont pas été observés, paraît-il, chez les femmes. Cependant, il sera bon, dans le cas de malades soumises au chloroforme, d'agir prudemment et ne pas employer de doses massives. Peut-être serait-il bon de se servir de l'éther au lieu du chloroforme.

En considérant ensuite les produits, il ajoute :

Nous avons signalé les résultats remarquables obtenus par les injections salines. Il est bon d'ajouter qu'il ne faut pas croire que, parce qu'une femme à qui on a fait une injection intra-veineuse est revenue à un état sensiblement normal, elle est sauvée. On ne doit pas l'abandonner ; au contraire, on doit la surveiller de très près et assez long-

temps. On a vu en effet des femmes rester améliorées pendant 8 ou 10 heures, puis retomber brusquement dans leur état primitif.

Pronostic. — Peut-on toujours réussir ? Malheureusement non. M. Maygrier nous dit dans son mémoire que les injections intra-veineuses réussissent une fois sur deux. Il est évident que les résultats iront en s'améliorant et que, en procédant vite et à hautes doses et en ne craignant pas de répéter les injections, on sauvera presque toutes les femmes. En ce qui concerne le pronostic de l'injection, il n'y a pas, à la suite d'injection intra-veineuse, d'accident sérieux local à signaler. Quant aux injections intra-cellulaires, si elles sont faites d'une façon aseptique, à dose maxima de 200 gr. chez un sujet non infecté, elles sont toujours anodines.

Il nous indique ensuite quelle est la TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET L'INSTRUMENTATION.

I. *Liquide à employer.* — Nous avons vu que c'est aux solutions de chlorure de sodium qu'il faut avoir recours, et que les autres sels que certains auteurs ajoutent à la solution peuvent être inutiles ou nuisibles.

Une discussion à la Société de biologie, entre MM. Dartre et Malassez, a éclairé la question du titre à employer. Une solution de chlorure de sodium inférieure à 9 ou 10 o/o altère les globules sanguins.

Il paraît donc que la solution à employer doit être au titre de 10 o/o. En général elle doit être préparée à l'avance, conservée dans un flacon spécial, à fermeture caoutchoutée permettant la conservation du liquide stérile et son transport facile.

Pour un praticien, il est nécessaire d'en avoir toujours une provision de deux litres.

En cas d'urgence, il est bon pour le praticien d'avoir toujours un paquet de 10 gr. de chlorure de sodium, qu'il est facile de faire dissoudre dans un litre d'eau bouillante préalablement filtrée. Deux cuillers à café bien remplies contiennent 9 à 10 gr. de sel.

Instrumentation. — L'entonnoir, le bock à injection et tous récipients permettant le contact du liquide à injecter avec l'air sont à rejeter.

Sauf le cas d'urgence, les récipients fermés, ballons, flacons, dans lesquels le liquide a été stérilisé, sont seuls admissibles.

Appareils. — 1° M. Maygrier se sert du ballon fermé par un bouchon dans lequel pénètre un tube deux fois coudé. La grande branche plonge jusqu'au fond du ballon. La petite branche extérieure est munie d'un tube en caoutchouc terminé par une canule effilée en verre. L'amorçage se fait par pression de haut en bas, le long du tube en caoutchouc ; 2° Certains accoucheurs se servent d'un litre fermé d'un bouchon de caoutchouc à deux orifices. Deux tubes coudés à angle droit traversent ce bouchon. L'un plonge jusqu'au fond de la bouteille, l'autre dépasse seulement de quelques centimètres son goulot. C'est à ce dernier qu'est fixé le tube de caoutchouc par lequel s'écoulera le liquide. Pour opérer il suffit de renverser l'appareil.

Canules. — M. Maygrier se sert d'une canule vaginale quelconque, effilée à la lampe comme une pipette. La pointe est brisée en un endroit où elle a 2 à 3^{mm} de diamètre, puis usée à la meule de façon à lui donner une forme en biseau qui facilite son introduction dans la lumière de la veine. On a soin d'émousser les bords à la flamme. Cette canule peut parfois être un peu grosse : on se sert alors d'une pipette de bactériologie dont l'extrémité a été cassée et émoussée. On peut ainsi toujours pénétrer dans une veine.

I. — APPAREILS POUR INJECTIONS INTRA-VEINEUSES ET HYPODERMIQUES.

1° Le plus simple et le plus pratique est le siphon du Dr Olivier. Il se compose d'un bouchon en caoutchouc pouvant s'adapter sur les bouteilles courantes. Il est percé de

deux tubulures à travers lesquelles passent deux tubes métalliques.

Le premier tube, en forme d'U ouvert et renversé, donne attache : d'une part, à l'extérieur, à un long tube en caoutchouc muni à son extrémité d'une pince-ressort ; d'autre part, à l'intérieur, à un autre tube plongeant dans la solution saline.

Le second tube métallique est droit et muni d'une poire en caoutchouc. Son extrémité inférieure affleure la partie inférieure du bouchon.

Pour amorcer, il suffit, après avoir ouvert la pince, de presser vivement la poire de caoutchouc et l'écoulement se produit.

2° L'appareil du Dr Leclerc, de Bruxelles, qui est un appareil d'hôpital.

Le sérum est contenu dans un ballon construit sur le modèle des pissettes de laboratoire, d'une capacité d'environ 600 cc.

Ce ballon est contenu dans une sorte de caisse métallique formant bain-marie, fonctionnant au moyen d'une lampe à alcool.

Le ballon est parfaitement stérilisable et le sérum peut être conservé indéfiniment. Le système de stérilisation semble préférable à l'autoclave.

Il est bon d'opérer sur un point éloigné du cœur, par exemple la veine saphène interne près de la malléole. Ce vaisseau est facilement accessible.

3° Le séro-transfuseur d'Audebert, qui est construit sur le modèle de la pipette de Mohr. Sa capacité est de 500 cc. Il est gradué de 5 en 5 cc.

II. — APPAREILS SERVANT EXCLUSIVEMENT POUR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES

Certains accoucheurs se servent encore de la seringue de Roux, munie de l'aiguille N° 2 de l'aspirateur de Potain. Cette seringue a de nombreux inconvénients.

D'abord elle ne contient que 120 à 130 gr. Ensuite il faut une force considérable pour vaincre la résistance des tissus. D'où injection par saccades et fuites au niveau des joints.

En raison de ces inconvénients, M. Olivier a construit sa *seringue à écrou*⁷ *brisé*. Elle présente les avantages suivants :

1° Etant entièrement métallique, il est facile de la stériliser par l'ébullition. Le piston en caoutchouc minéralisé noir n'est pas altéré par la stérilisation. Il est du reste très facile à remplacer par le médecin lui-même.

2° Le corps de pompe est d'une seule pièce : donc, pas de fuites possibles.

3° Grâce à l'écrou brisé, le piston s'enfonce, par un mouvement tournant, avec une régularité parfaite et n'exige aucune force.

Ce dernier avantage a fait rechercher cette seringue pour le gonflement des ballons dilatateurs pour l'accouchement prématuré ou la dilatation forcée du col de l'utérus.

L'*appareil de Dumouthiers* se compose d'un large flacon de verre fermé par un bouchon de caoutchouc percé de deux trous. Ce bouchon est maintenu fixé au goulot par une chaînette.

Deux tubes traversent le bouchon. L'un des tubes plonge dans le liquide et porte à son extrémité libre un ajutage pouvant recevoir l'aiguille. L'autre tube est aussi muni d'un tube en caoutchouc terminé par une poire foulante.

Les aiguilles sont en platine irridié, facilement stérilisables.

Le flacon n'est pas complètement rempli et la chambre à air, ainsi ménagée, sert à donner un jet continu. On obtient donc par ce moyen une pression continue et sans saccades.

L'*appareil de Chevretin* est présenté par le Dr Quénu.

Il se compose d'une ampoule de verre à deux branches diamétralement opposées, l'une au pôle supérieur, recourbée, l'autre au pôle inférieur, droite, où s'adapte le tube en caoutchouc muni de l'aiguille.

Ces ampoules, de capacités diverses, sont remplies de sérum stérilisé à l'autoclave et scellées.

Pour se servir de ces ampoules, on flambe rapidement la pointe inférieure et on l'adapte au tube de caoutchouc, préalablement stérilisé.

On brise la pointe supérieure et on suspend le système à 1 m. 50 ou 2 m. On laisse couler un peu de liquide pour chasser l'air et il ne reste plus qu'à piquer l'aiguille sous la peau.

L'écoulement se fait à raison de 100 à 125 gr. par quart d'heure, sans déterminer de douleurs notables.

L'*appareil de Potain* est quelquefois employé pour les injections dans le tissu cellulaire, mais il est peu recommandable, car l'injection est saccadée, dangereuse pour le tissu cellulaire et très douloureuse.

Enfin, le Dr Olivier a présenté à la Société obstétricale une *Trousse d'urgence*, très facilement transportable et qui peut rendre de grands services,

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Lorsqu'une injection saline est décidée, on procède de la façon suivante :

- 1° Chauffer le liquide à 40 ou 42°;
- 2° Choisir la région où se fera l'injection, faire un savonnage soigneux, puis laver à la liqueur de Van Swieten.
- 3° Procéder à l'injection.

A. *Injection intra-veineuse.* — De préférence choisir une veine du membre supérieur, celles des membres inférieurs pouvant être variqueuses et contenir des caillots.

Découvrir la veine au bistouri, l'isoler avec la sonde canelée et placer une pince à forcipressure, saisir la paroi du vaisseau avec une pince à griffes, tailler une petite valve qui est relevée avec la pince et au-dessous de laquelle on introduit la canule dans la lumière de la veine.

On pousse la canule jusqu'à ce que les parois veineuses l'embrassent. Le réservoir est placé à une hauteur variant de 50 centim. à 2 mètres. Il faut que les deux litres de sérum pénètrent en 15 minutes au moins et 25 minutes au plus.

L'injection terminée, on suture avec un ou deux crins de Florence.

Cette technique peut être simplifiée. Voici celle décrite par M. Larrieu :

On choisit une veine apparente au milieu du coude, on l'isole, on soulève la face antérieure de la veine au moyen d'une pince à disséquer et on l'ouvre au bistouri. On enfonce la canule; l'écoulement terminé, on ne fait aucune ligature; on se contente d'appliquer un pansement occlusif légèrement compressif.

B. Injection dans le tissu cellulaire. — Le sérum étant chauffé, on choisit une des trois régions suivantes : l'aisselle, la paroi abdominale (région des flancs), région rétro-trochantérienne.

La région étant choisie, on en fait l'antisepsie soigneuse. Puis l'opérateur, après avoir fait un gros pli de la main gauche, saisit l'aiguille de la main droite et l'enfonce profondément dans les tissus d'un mouvement brusque, puis il lâche la peau.

L'injection terminée, on retire vivement l'aiguille et on applique l'index sur le point de sortie. On fait un léger massage pour faciliter la résorption et on obture l'orifice avec du coton ou du collodion.

Il est bon d'ajouter qu'en même temps qu'on cherchera à ranimer la malade au moyen des injections salines, on lui fera des piqûres d'éther, on lui donnera du champagne, des grogs chauds, on la réchauffera, on lui fera respirer de l'oxygène, etc.

Nous citerons enfin ses conclusions tout au long.

CONCLUSIONS

1° Dans le cas d'hémorragie grave de la grossesse ou de l'accouchement, l'anémie aiguë se combattra par l'injection saline.

2° La solution de chlorure de sodium employée sera au titre de 10 pour 1.000. C'est la seule qui n'ait pas d'action nocive sur les globules du sang.

3° Dans le cas d'hémorragie très abondante, mettant en danger immédiat les jours de la femme. Il faut avoir recours à l'injection intra-veineuse, et la dose à injecter ne sera pas inférieure à 1.500 ou 2.000 gr.

4° Dans les cas moins graves, on peut se contenter de l'injection hypodermique à la dose de 200 gr. L'injection peut être répétée.

5° Dans le cas d'une intervention obstétricale quelconque chez une femme très affaiblie par pertes de sang, ou dont l'état général est mauvais, il est bon de faire préventivement, soit une injection intra-veineuse, soit une ou plusieurs injections hypodermiques. Elle pourra ainsi supporter le choc opératoire et résister si une hémorragie se produit.

6° Il faut surveiller de très près toute femme à qui l'on fait une injection saline, parce que parfois les bons effets ne persistent pas. Dans ce cas, on renouvellera les injections jusqu'à ce que tout danger ait disparu.

Que conclure de tout ce que nous venons de voir et quelle sera, d'après cela, la conduite à tenir dans un cas d'hémorragie post-partum ? Passerons-nous en revue tous les moyens préconisés par tous les auteurs que nous venons d'étudier ? Certes non, car si tous ces moyens ont donné, par hasard, un bon résultat entre les mains de certains accoucheurs, il n'en est pas moins vrai qu'ils ne sauraient, pour la plupart, faire partie d'un traitement régulier et être érigés en principes ; tout au plus pourrions-nous en conser-

ver quelques-uns comme adjuvants du traitement principal. Nous nous contenterons donc d'étudier :

- 1° L'extraction du contenu de l'utérus.
- 2° Les injections utérines.
- 3° Le tamponnement intra-utérin.
- 4° Seigle ergoté.
- 5° Les injections de sérum.

Extraction du contenu de l'utérus. — C'est par là qu'on doit toujours commencer, et Tarnier, dans sa longue pratique et sa grande expérience, n'admettait pas qu'on pût penser à faire quoi que ce soit avant d'avoir vidé l'utérus.

« Si une femme a une hémorragie après son accouchement, disait-il, introduisez sans hésitation la main dans la cavité utérine et retirez tout ce que vous y trouverez. Si la femme n'est pas encore délivrée, vous ferez la délivrance artificielle; si le placenta est déjà expulsé, vous trouverez des caillots remplissant l'organe et vous les extrairez de même. »

Et, en effet, que se passe-t-il dans ce cas? nous l'avons déjà dit, mais, nous le répétons. Le placenta ou le sang caillé dans l'utérus l'empêchent de se rétracter, les sinus utérins restent de ce fait béants et le sang coule d'autant plus abondamment que le temps passe, car la masse totale contenue dans l'utérus augmentant de volume, les vaisseaux se dilatent de plus en plus, et cela est tellement vrai que lorsqu'on a vidé complètement l'utérus de son contenu, on voit cet organe se rétracter aussitôt et faire effort pour chasser au dehors la main qui est encore dans son intérieur. Cette main qui vient d'extraire placenta ou caillots a encore une autre action; par les mouvements qu'elle produit, mouvements voulus, elle excite la face interne de l'organe et l'oblige à se contracter; elle a donc deux actions: permettre à l'utérus de se contracter en enlevant les corps étrangers qu'il renferme et provoquer cette contraction.

Ce procédé réussit presque toujours et nous pouvons ajouter qu'aucun autre ne peut réussir avant lui, car tant

que l'utérus contiendra soit placenta, soit caillots, sa rétraction ne pourra s'opérer.

Donc, dans tous les cas d'hémorragie, commencer par vider l'utérus.

En pratique, pour vider l'utérus, faudra-t-il toujours introduire la main à l'intérieur de l'organe? Non, il suffit souvent de prendre l'utérus dans la main, à travers la paroi abdominale, la paume de la main sous le fond de l'organe et de faire un peu d'expression. L'utérus exprime son contenu et presque aussitôt se rétracte et l'hémorragie s'arrête. Mais il faut bien savoir que ce moyen ne réussit pas toujours et que si nous le voyons donner de bons résultats dans un grand nombre de cas à la clinique Tarnier, il est parfois insuffisant et il faut avoir recours à l'extraction manuelle du contenu utérin.

II. *Injectons utérines.* — Pour être efficace, l'injection utérine doit être chaude, c'est-à-dire à 48 ou 50 degrés centigrades.

Comment agit l'injection chaude? En obstétrique on donne les injections chaudes, un peu dans tous les cas d'hémorragies, soit avant, soit pendant, soit après l'accouchement. Réussit-elle dans tous les cas? Certainement non, et son action bien étudiée par Budin dans ses leçons cliniques est venue préciser les cas où on ne doit pas l'employer.

Il est curieux de voir les injections d'eau glacée, après avoir été préconisées si longtemps et, en somme, donner de bons résultats, délaissées et remplacées par les injections chaudes. Cela résulte de l'action de la température sur les vaso-moteurs. Le froid contracte les vaisseaux, mais après l'injection, l'action du froid cessant, il se produit une réaction et l'hémorragie se reproduit plus abondante qu'auparavant.

Si l'injection est chaude, le contraire se produit; la chaleur fait d'abord dilater les vaisseaux et le sang coule, mais aussitôt après, la réaction se produit, les vaisseaux se rétractent et l'hémorragie s'arrête, et ce qu'il faut noter, c'est

que cette réaction est durable, mais il existe pour cela une condition essentielle, c'est que les vaisseaux utérins puissent précisément se rétracter, et pour cela il faut que l'utérus soit *vide*. Si l'utérus contient encore son placenta ou est rempli de caillots, l'injection chaude n'a que peu ou pas d'action et c'est précisément pour cette raison qu'elle est presque inutile dans les cas d'hémorragie par insertion vicieuse ou dans les cas d'avortement avant l'expulsion de l'œuf.

En un mot, l'injection chaude à 48 ou 50° donne d'excellents résultats, mais il faut au préalable s'assurer de la vacuité de l'utérus. Quelle quantité faut-il faire passer dans l'utérus ? Deux litres suffisent.

La technique opératoire est simple : on se sert de la sonde utérine du Professeur Budin, mais il est préférable de se servir de la sonde en verre que de la sonde métallique ; la première, pouvant être plongée dans l'acide azotique pur, est toujours propre et n'est pas attaquée par les antiseptiques. La seconde, au contraire, est presque impossible à bien nettoyer, il faudrait la faire bouillir chaque fois que l'on veut s'en servir et enfin le métal est attaqué par le sublimé qui est l'antiseptique le plus en usage aujourd'hui. Pour faire l'injection, on introduit deux doigts dans le vagin jusqu'à l'orifice interne du col, la sonde tenue de la main gauche est glissée sur ces deux doigts servant de conducteurs et introduite ainsi jusqu'au fond de l'utérus.

On laisse ensuite écouler le liquide en ayant soin de ne pas donner trop de pression ; le bock est suffisamment élevé s'il est maintenu à 20 centimètres au-dessus du ventre de la femme ; du reste, pendant tout le temps que le liquide passe, il faut avoir soin de maintenir la main sur le fond de l'utérus pour le soutenir et favoriser sa contraction. Quelquefois, lorsqu'une contraction se produit, l'orifice se referme sur la sonde et le liquide ne sort plus, on est alors tenté d'élever le bock pour donner un peu plus de pression, c'est une faute, car l'excès de pression pourrait déterminer le liquide à passer dans le péritoine par les trompes ; il faut, au contraire, abaisser le niveau du liquide à la hauteur de l'utérus et attendre patiemment que la contraction ait cessé.

Nous avons parlé tout à l'heure de l'action des antiseptiques sur la sonde elle-même; c'est qu'en effet l'injection interne agit d'abord par sa température, mais elle peut être aussi un agent thérapeutique de premier ordre dans les cas d'infection ou même dans les cas où elle est à craindre par suite d'interventions, de membranes rompues longtemps avant l'accouchement, ou enfin simplement lorsqu'on n'a pu faire une antiseptie rigoureuse avant l'accouchement.

Dans ce cas, l'antiseptique le plus employé est le sublimé à la dose de 1 p. 4.000. On lui reproche quelques cas d'intoxication; ce qui n'a rien d'extraordinaire, vu la grande surface d'absorption que présente à ce moment la face interne de l'utérus. On peut cependant parer à cet inconvénient en faisant suivre l'injection utérine au sublimé d'un lavage avec de l'eau naphtolée ou simplement bouillie. Tarnier avait rejeté le sublimé dans ce cas particulier et employait une solution composée de :

Iode métallique.	2 grammes.
Iodure de potassium . .	4 grammes.
Eau	1 litre.

Cette solution employée par le savant accoucheur pendant les cinq dernières années de sa vie, n'a jamais occasionné les accidents reprochés au sublimé.

III. *Le tamponnement intra-utérin.* — Lorsque l'utérus est vide, certains accoucheurs tamponnent l'intérieur de l'organe avec de la gaze iodoformée et, d'après les observations que nous avons publiées, nous voyons que ce traitement est presque exclusivement employé actuellement à la Maternité et y donne de bons résultats.

Tarnier était absolument opposé à ce mode de traitement et il disait avec raison que tamponner l'intérieur de l'utérus pour arrêter une hémorragie, c'est remplacer le placenta ou les caillots par un autre corps étranger qui empêche également l'utérus de se rétracter.

Pour nous, nous ne serons pas tout à fait de l'avis de l'éminent praticien. Nous voyons en effet que M. Porak, à

la Maternité, et, avant lui, M. le Pr Budin, emploient ce procédé avec le plus grand succès. Donc, lorsque nous aurons évacué l'utérus, lorsque nous aurons fait une injection chaude à l'intérieur de l'organe, si l'hémorragie a tendance à se reproduire, nous n'hésiterons pas à tamponner la cavité utérine avec une substance antiseptique, comme la gaze iodoformée par exemple.

IV. *Seigle ergoté*. — Nous avons vu que le seigle ergoté est employé depuis fort longtemps en thérapeutique obstétricale. Mais tel qu'on l'employait autrefois, il cause les accidents les plus graves. Il a, en effet, pour action de produire la tétanisation de l'utérus. L'organe se rétracte énergiquement, et si par malheur il n'est pas à l'état de vacuité parfaite, tout ce qu'il contient est empoisonné. C'est lui qui cause la rupture de l'utérus lorsqu'on veut pratiquer la version par manœuvres internes. Après qu'il a été administré, c'est lui qui retient et placenta et caillots, lesquels se putréfient et font mourir les femmes d'infection. Bien employé, il peut cependant rendre de réels services. Si on a soin de ne l'administrer que lorsque l'utérus est absolument vide, il peut arrêter une hémorragie. Aussi, bien que proscrit énergiquement avant la vacuité parfaite de la matrice, quelques accoucheurs ne craignent-ils pas d'y avoir recours dans certains cas d'hémorragie ou lorsque, pressés, ils ne peuvent surveiller leur malade dans les quelques heures qui suivent son accouchement.

On employait autrefois la décoction de seigle ergoté ou la poudre d'ergot.

Aujourd'hui on a isolé le principe actif de l'ergot de seigle et on emploie l'ergotine ou mieux encore l'ergotinine. Dans les deux cas, c'est sous la forme d'injection hypodermique que ce produit est administré.

V. *Injections de Sérum*. — Nous avons longuement étudié cette question, aussi ne nous y arrêterons-nous que quelques instants. On ne peut indiquer de règles précises pour les cas où on doit employer le sérum artificiel. Il faut le faire

toutes les fois que l'état général de la malade est grave. Nous avons vu certaines femmes très anémiées par la perte de quelques centaines de grammes de sang, d'autres, au contraire, supportent très bien des pertes de 1.000 grammes et plus.

L'injection de sérum est donc nécessaire dans le premier cas, inutile dans le second. C'est au praticien de juger de la gravité du cas, et, par suite, de décider s'il doit injecter du sérum et en quelle quantité. Rappelons seulement que si la femme est en danger, il faut faire une injection intra-veineuse et non dans le tissu cellulaire sous-cutané, le premier mode de traitement agissant beaucoup plus vite.

CONCLUSIONS

En présence d'une hémorragie de la délivrance, il faut :

1° Vider l'utérus ;

2° Faire une injection utérine à 48 ou 50° avec un liquide aseptique ou mieux antiseptique.

Presque toujours ce traitement sera suffisant, mais, si cependant l'hémorragie se reproduit, recommencer le traitement et faire ensuite une injection sous-cutanée d'ergotinine et au besoin faire le tamponnement intra-utérin.

3° Si l'état général de la malade est grave, faire une injection de sérum.

Voilà quel doit être le traitement rationnel, faudra-t-il toujours s'en tenir là ? C'est ici que nous pouvons placer utilement tous les moyens adjuvants dont nous avons parlé.

On fera prendre à la femme de l'alcool sous forme de grogs chauds : on lui fera une injection sous-cutanée d'éther ou de caféine.

On lui met la tête basse, on peut même au besoin élever les membres.

On peut également faire du massage de l'utérus, et comprimer l'aorte.

Vu : Bon à imprimer
Le Président de la thèse,
BUDIN.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMILLET. — Th. Paris, 1897.
BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements. Paris, 1844.
BAUNE. — Société médicale de Dijon, 1832.
BLONDELL. — The Lancet, 1829.
CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1867.
CHARPENTIER. — Traité pratique d'accouchements. Paris, 1883.
CHEVREUL. — Précis de l'art des accouchements. T. VII.
CLARKE. — T. I.
DELEURY. — Traité des accouchements.
DIEFFENBACH. — Gazette médicale de Paris, 1832.
DOLIVERA. — Bulletin de Férussac. T. III.
DOUEMENT. — Th. de Paris, 1826.
DUSSÉ. — Académie des sciences, 1722. T. VIII.
EVEN. — T. I.
EVRAT. — Revue médicale, 1825.
HOHL. — Anatomie universelle, 1833.
LACOUR. — Th. de Paris, 1803.
LEE M. — Li cases of Women. Londres, 1833.
LEROUX. — Observations sur les pertes de sang.
MOREAU. — Pratique des accouchements, 1841.
NOEGELÉ. — Manuel d'accouchements. Paris, 1857.
PASTEUR. — Th. de Paris, 1808.
PLANQUET. — Bulletin de Férussac. T. XVI.
QUESNEL. — Th. Paris, 1833.
RIGBY. — Gazette médicale de Paris, 1832.
TARNIER et CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris, 1867.

